

**MARIA EMÍLIA CARDOSO DANTAS**

**AS COMPETÊNCIAS E O PERFIL DOS GERENTES  
MÉDICOS E ADMINISTRATIVOS EM UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE MACEIÓ/AL**

**Orientador: Professor Doutor Antonio Augusto Costa**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa  
2016**

**MARIA EMÍLIA CARDOSO DANTAS**

**AS COMPETÊNCIAS E O PERFIL DOS GERENTES  
MÉDICOS E ADMINISTRATIVOS EM UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
MUNICÍPIO DE MACEIÓ/AL**

Dissertação defendida em prova pública na  
Universidade Lusófona de Humanidades e  
Tecnologias no dia 19 de Abril de 2016, perante  
o júri, nomeado por despacho n.º227/2016, de 19  
de Abril de 2016, com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor Eduardo Manuel  
Machado de Moraes Sarmento Ferreira

Arguente: Professor Doutor Mário Fernando  
Carrilho Negas

Orientador: Professor Doutor António Augusto  
Teixeira da Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa**

**2016**

*Pois eu, O Senhor teu Deus, eu te seguro pela  
mão e te digo: Nada temas, eu venho em teu  
auxílio.*

**Isaías 41,13**

*Dedico este trabalho ao meu esposo Ubirajara Alves Dantas, maior exemplo de incentivo e superação e que apesar das dificuldades, soube transmitir toda sua sabedoria e apoio constante com muita dedicação, compreensão e companheirismo em todas as horas;*

*As minhas filhas Andressa e Larissa, pela paciência, palavras de incentivo e compreensão nas horas em que precisei ficar ausente;*

*Ao meu pai Edvaldo Cardoso de Oliveira que não mediu esforços em auxiliar-me na realização da coleta de dados da pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que sempre está presente em todos os momentos de minha vida, dando forças para superar as dificuldades e nunca desistir, me fazendo crer na sua misericórdia infinita.

Ao meu orientador, Prof. Dr. António Costa, pela atenção nas revisões e sugestões mesmo à distância, fatores fundamentais para a conclusão deste trabalho.

A minha co-orientadora, Prof. Dra Márcia Karina Luiz , pela amizade e especial atenção a cada abordagem realizada.

Ao Prof. Dr. Tarcísio A. da Silva da disciplina de Política e Governança da Saúde, pelas palavras de incentivo proferidas em momentos de desânimo durante sua aula.

Ao Prof. Me. Alessandro Henrique da Silva Santos, por todos os momentos de paciência, compreensão e ajuda nos momentos de dúvidas e desespero na elaboração da estatística deste trabalho.

Aos colegas de turma, pelo companheirismo que tiveram com nossa turma, em especial aos amigos Marinita e Marcelo, pelo apoio nos momentos difíceis,

Aos meus pais, que com muita perseverança e fé em Deus, sempre me apoiaram e desejaram meu alcance neste degrau.

Aos familiares pela compreensão nos momentos de ausência em seus convívios.

Aos pesquisados pela disponibilidade e gentileza contribuindo para o aprimoramento deste estudo.

## RESUMO

Este estudo se propõe a analisar o processo de gestão do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Maceió/AL a partir da perspectiva dos gerentes médicos e dos gerentes administrativos em relação às equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde. A investigação tem como questão de partida compreender de que maneira ocorre a gestão do programa Estratégia Saúde da Família na cidade de Maceió/AL. Seu objetivo geral é compreender de que maneira os gerentes administrativos e médicos atuam junto à equipe multiprofissional da estratégia saúde da família, no atendimento das necessidades de saúde da população da área de abrangência. Os objetivos específicos são levantar informações sobre o programa Estratégia Saúde da Família; identificar o perfil dos gestores da ESF; Analisar a influência dessa gestão nos resultados das equipes da ESF. A investigação é de natureza quantitativa onde aplicamos um questionário aos 29 gerentes médicos e administrativos das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maceió/AL e a 113 profissionais lotados na Estratégia Saúde da Família. A dissertação está estruturada em quatro capítulos. Enquanto resultados da pesquisa verificamos que a formação dos gerentes produz influência direta no perfil da gestão utilizada na ESF e que essa questão específica está ligada diretamente a utilização das ferramentas de gestão. Esse modelo de gestão é tecnicista tendo como referência maior a questão do método e da estrutura em que está organizada as Unidades Básicas de Saúde que foram objeto da investigação. Em linhas gerais a Estratégia Saúde da Família desenvolvida na cidade de Maceió/AL através das Unidades Básicas de Saúde apresentam resultados satisfatórios quando avaliados do ponto de vista da sua gestão. Esses resultados puderam ser percebidos nesse estudo que realizamos com os gerentes e profissionais das equipes multidisciplinares do Estratégia Saúde da Família.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Gestão; Unidades Básicas de Saúde.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the management process of the Family Health Strategy program (ESF) in Maceio/AL from the perspective of administrative and medical managers in relation to multidisciplinary teams of basic health units. Research has as a starting point to understand how is the management of the Family Health Strategy program in Maceio/AL. Its overall goal is to understand how the administrative managers and medical work by the multidisciplinary team of family health strategy, in meeting the health needs of the catchment area of the population. The specific objectives are to gather information on the Health Strategy of the Family program; Identify the profile of the ESF managers; To analyze the influence of this management on the results of the ESF teams. The research is quantitative in nature where we applied a questionnaire to 28 administrative managers and medical doctors of Basic Health Units of the city of Maceio/AL and 113 professionals crowded in the Family Health Strategy. The dissertation is structure into four chapters. While survey results found that the formation of managers produces direct influence on profile management used the ESF and that this particular issue is directly linked to the use of management tools. This management model is technicity having as main reference the question of method and structure in which is organized the basic health units that were subject of the investigation. Generally speaking the Family Health Strategy developed in Maceio/AL through the Basic Health Units have results when assessed from the point of view of its management. These results could be perceived in this study we conducted with managers and professionals from multidisciplinary teams of Family Health Strategy.

**Keywords:** Family Health Strategy; management; Basic Health Units.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

UBS	Unidade Básica de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
LPC	Least Preferred Coworker
SUS	Sistema Único de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção a Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SPSS	Statistical Package for the Social Science



## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I - LIDERANÇA E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE.....</b>	<b>15</b>
1.1 Liderança.....	16
1.1.1 O conceito de liderança.....	17
1.1.2 Teorias sobre a liderança .....	20
1.2 Natureza do Planejamento Estratégico .....	23
1.3 Um olhar crítico sobre a literatura tradicional do planejamento estratégico ..	24
1.4 Novas propostas para o planejamento estratégico e a saúde pública no Brasil	25
<b>CAPÍTULO II - O CONCEITO DE SAÚDE.....</b>	<b>29</b>
2.1 O conceito de Saúde.....	30
2.2 Promoção da Saúde .....	33
2.3 A Nova Promoção da Saúde .....	37
<b>CAPÍTULO III - DESIGN DA INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>41</b>
3.1 Questão da Investigação.....	42
3.2 Objetivos da Investigação .....	42
3.2.1 Objetivo Geral.....	42
3.2.2 Objetivos Específicos.....	42
3.3 Tipo de Investigação .....	42
3.4 Instrumentos de recolha de dados .....	43
3.5 Procedimentos de Análise de Dados.....	44
<b>CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
4.1 Sujeitos e lócus da investigação.....	48
4.2 Fatores que influenciam no gerenciamento de uma Unidade Básica de Saúde na percepção dos gerentes.....	55
4.3 A influência da gestão nos resultados da Estratégia Saúde da Família em Maceió/AL, na percepção dos gerentes. ....	58
4.4 O perfil dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família em Maceió/AL .....	63
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>I</b>
APÊNDICE I - Programa de pós-graduação “Stricto Sensu” em gestão de empresas..	II
APÊNDICE II - Programa de pós-graduação “Stricto Sensu” em gestão de empresas	III
APÊNDICE III - Programa de pós-graduação “Stricto Sensu” em gestão de empresas.	VII
APÊNDICE IV - Programa de pós-graduação “Stricto Sensu” em gestão de empresas..	XI

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Definições de liderança .....	18
Quadro 2 - Abordagens teóricas sobre Liderança .....	20

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos gerentes segundo o sexo .....	50
Figura 2 - Distribuição dos gerentes segundo a faixa etária.....	50
Figura 3 - Distribuição dos gerentes segundo a titulação.....	51
Figura 4 - Distribuição dos gerentes segundo o tempo de serviço.....	51
Figura 5 - Distribuição dos gerentes segundo a forma de ingresso.....	52
Figura 6 - Distribuição dos gerentes segundo a participação da capacitação prévia para o desempenho da função.....	52
Figura 7 - Distribuição dos gerentes segundo a promoção da atividade integrativa com a equipe da unidade pela gestão municipal.....	53
Figura 8 - Distribuição dos gerentes segundo a participação em algum curso para o desempenho da atual função .....	53
Figura 9 - Prevalência de concordância total/concordância dos gerentes acerca dos fatores para o desempenho da gerencia na UBS.....	57
Figura 10 - Prevalência da concordância total/concordância dos coordenadores acerca da influência da gestão na atuação das gerencias nas UBS.....	60
Figura 11 - Prevalência da concordância total/concordância dos gerentes acerca das ferramentas necessárias para uma boa gestão da UBS em que atua.....	62
Figura 12 - Distribuição dos profissionais segundo o grau de instrução.....	64
Figura 13 - Distribuição dos profissionais avaliados segundo o tempo de função. ....	65
Figura 14 - Prevalência da concordância total/concordância dos profissionais acerca dos parâmetros avaliados quanto à gestão empregada na UBS .....	67
Figura 15 - Prevalência do grau de importância total/importância dada pelos profissionais avaliados às ferramentas utilizadas para uma boa gestão da UBS. ....	69
Figura 16 - Prevalência da concordância total/concordância dos profissionais acerca das capacitações necessárias para uma boa gestão da UBS.....	71
Figura 17 - Prevalência da concordância total/concordância dos profissionais acerca da maneira que a atual gestão tem impactado nos serviços realizados pela UBS à comunidade. ....	73

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais das unidades de Saúde e por distrito, de acordo com o cálculo amostral.....	45
Tabela 2 - Distribuição do perfil pessoal e profissional dos gerentes avaliados .....	49
Tabela 3 - Distribuição do grau de importância dos fatores para o desempenho da gerencia na UBS, segundo os gerentes.....	56
Tabela 4 - Distribuição da concordância dos gerentes acerca da influência da gestão na atuação das gerencias nas UBS. ....	59
Tabela 5 - Distribuição do grau de concordância dos gerentes acerca das ferramentas necessárias para uma boa gestão da UBS em que atua. ....	61
Tabela 6 - Distribuição do perfil dos profissionais avaliados. ....	64
Tabela 7 - Distribuição da percepção dos profissionais acerca da gestão empregada na UBS. ....	66
Tabela 8 - Distribuição do grau de necessidade dada pelos profissionais às ferramentas utilizadas para uma boa gestão da UBS .....	68
Tabela 9 - Distribuição da percepção dos profissionais às capacitações necessárias para uma boa gestão da UBS.....	70
Tabela 10 - Distribuição da percepção dos profissionais avaliados acerca da maneira que a atual gestão tem impactado nos serviços realizados pela UBS. ....	72

## INTRODUÇÃO

---

Este estudo se propõe a analisar o processo de gestão do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Maceió/AL a partir da perspectiva dos gerentes médicos e dos gerentes administrativos em relação às equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde.

A Estratégia Saúde da Família é conhecida como uma estratégia de recomeço do padrão assistencial, transformada com a implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde. As equipes acompanham um número definido de pessoas de uma determinada área geográfica. Fazem parte das ações destas equipes, a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos frequentes, preocupando-se em tentar ultrapassar o que se está preconizado para a atenção básica no Brasil pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

A estratégia de Saúde da Família é uma proposta incentivadora do SUS, através do progresso histórico e organizacional do sistema único de saúde brasileiro. A aceleração na ampliação desta estratégia, mostra a aceitação dos gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

O trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, dois auxiliares de enfermagem e cinco a doze agentes comunitários de saúde.

As equipes se responsabilizam em acompanhar no máximo 4.500 habitantes por determinada área, sendo esta dividida em micro áreas sob responsabilidade de cada agente

comunitário de saúde, onde cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes para uma determinada área. As equipes atuam dentro das unidades básicas de saúde, nos domicílios e mobilizando a comunidade nas intervenções sobre os fatores de risco aos quais esta comunidade está exposta..

E, ainda: estabelecem conexão de compromisso e responsabilidade partilhada estimulando a organização do exercício do controle social das ações e serviços de saúde pela comunidade.

A investigação tem como questão de partida compreender de que maneira ocorre a gestão do programa Estratégia Saúde da Família na cidade de Maceió/AL. Seu objetivo geral é compreender de que maneira os gerentes médicos e gerentes administrativos atuam junto à equipe multiprofissional da estratégia saúde da família, no atendimento das necessidades de saúde da população da área de abrangência. Os objetivos específicos são levantar informações sobre o programa Estratégia Saúde da Família; identificar o perfil dos gestores da ESF; analisar a influência dessa gestão nos resultados das equipes da ESF.

A investigação é de natureza quantitativa onde aplicamos um questionário aos 28 gerentes médicos administrativos e médicos das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maceió/AL e a 113 profissionais lotados na Estratégia Saúde da Família.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo está intitulado Liderança e planejamento estratégico em saúde. Nele trabalhamos o conceito de liderança e suas principais teorias. Elaboramos também uma discussão sobre a natureza do planejamento estratégico e sua aplicabilidade à saúde pública no Brasil. O segundo capítulo que tem como título o Conceito de Saúde, apresentamos as principais concepções sobre a saúde, formas de sua promoção e novas perspectivas no cenário brasileiro. No terceiro capítulo apresentamos o caminho metodológico da pesquisa. E por fim, no quarto capítulo elaboramos uma análise discussão dos resultados obtidos com o questionário aplicados aos gestores relacionando-os aos objetivos propostos e a questão norteadora da investigação. Estruturamos a análise a partir de três eixos: o primeiro deles está relacionado ao perfil dos gestores do ESF de Maceió/AL; o segundo eixo está identificado com os fatores que influenciam no gerenciamento de uma Unidade Básica de Saúde; e por fim, no terceiro eixo abordamos a influência da gestão nos resultados da Estratégia Saúde da Família em Maceió/AL.

## **CAPÍTULO I**

---

# **LIDERANÇA E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE**



Ao desenvolvermos uma discussão sobre as competências e o perfil dos gestores médicos e administrativos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Maceió/AL, não poderíamos deixar de abordar a questão da liderança aliado ao planejamento estratégico, por entendermos que são temas intrinsicamente ligados, tanto do ponto de vista teórico como prático. Dessa forma iremos fazer uma apresentação do tema, apontando conceitos, características e abordagens sobre a liderança e planejamento estratégico, procurando aproximá-los do campo onde a pesquisa está situada.

## **1.1 Liderança**

Pensarmos na definição de liderança a partir de um prisma etimológico e/ou sob uma perspectiva da sua origem, onde nos deparamos com a compreensão do uso da palavra no cotidiano e na sua prática no âmbito da sociedade. Segundo Lapierre (1995) a compreensão do conceito do conceito contemporâneo de liderança, passa pela distinção de três formas possíveis de se observar o fenômeno através da história e de sua construção social. A primeira delas diz respeito ao resultado de alguns estudos zoológicos, que buscaram traçar um paralelo entre as dimensões naturais e culturais, corroborando a ideia de que a liderança é um fenômeno inerente, natural a diversas espécies animais, algo já apontado por Lévi-Strauss no seu estudo de antigos mitos indígenas. A segunda e a terceira proposições são a etimologia da palavra e a literatura sobre liderança, que podem ser encaradas como uma extensão da construção cultural, pois enfocam o conhecimento do entendimento social do termo, culturalmente construído, procurando associar seu uso em diferentes línguas e contextos de aplicação histórica.

Para Bass (1990), liderança é um conceito moderno e sofisticado. A palavra é utilizada tanto em linguagem do dia a dia quanto em linguagem técnica/científica sem ser definida de forma precisa. Nesse sentido, a palavra pode ser confundida de forma indistinta com outros termos similares, como por exemplo, o poder, autoridade, gerência, administração, controle e supervisão (Yukl, 2006). Sendo assim, apesar do seu uso popular, a própria definição de liderança tem um sentido ambíguo. Isso levou alguns autores a afirmarem que este “não é um conceito de fácil definição” (Bryman, 2004a, p. 257), e que “existem tantas definições diferentes de liderança quanto pessoas que procuraram definir o conceito” (Bass, 1990, p. 11). Essas diferenças refletem também uma discordância a respeito de como identificar os líderes e o processo de liderança (Yukl, 1989). Para Burns (1979) a liderança é

um dos fenômenos do mundo mais observados e menos compreendidos. Esse é um tema que possui relevância para o estudo em diversas ciências: Administração, Antropologia, Ciências Militares, Ciência Política, Direito, Filosofia, História, Educação, etc. Tem sua associação a posições formais de poder ou autoridade como chefes de governo, militares, religiosos, de movimentos civis, príncipes, presidentes e reis. Ou seja, os líderes estão dispersos em todos os segmentos da sociedade: governo, empresas, associações profissionais, universidades, sindicatos, escolas, entre outros (Gardner, 1990), atuando em diferentes níveis hierárquicos. Existem também estudos que abordam a questão das posições informais de liderança, como a que surge entre pares, por exemplo.

Para fins deste estudo, dedicamos certa atenção ao tema liderança. A questão forma um eixo de estudo em vários países do mundo, encontrando-se informações úteis em períodos diferentes. Como exemplos podem ser apresentadas as obras “A República” de Platão, “*Analectos*” de Confúcio (Fiedler & Chemers, 1981, p. 1), “O Príncipe” de Maquiavel e até mesmo a “Arte da Guerra” de Sun Tzu (Crainer, 2000). Apesar de o tema ter um caráter universal, contemporaneamente grande parte do trabalho científico de destaque na área tem sido desenvolvido de forma predominante nos Estados Unidos da América – EUA, ou em países de língua inglesa, como Inglaterra e Canadá. Bryman (2004b) apresenta evidências de que aproximadamente 98% dos trabalhos empíricos sobre liderança teve origem na América do Norte, sendo que 81% destes autores têm residência nos EUA e 4% no Canadá. Este autor efetuou um estudo a respeito de artigos qualitativos sobre liderança, em que 61% das referências utilizadas são dos EUA, 20% inglesas e 39% de outras nações ou *cross-cultural*.

### *1.1.1 O conceito de liderança*

Dentre as várias possibilidades de definições, liderança pode ser entendida como sendo “a interação entre dois ou mais membros de um grupo que estão frequentemente envolvidos na estruturação ou reestruturação de situações e as percepções e expectativas dos membros” (Bass, 1990, p. 19). Essa definição pode ser complementada pela definição de Yukl (1989, p. 253), que revela a noção da influência da liderança sobre os propósitos e estratégia de trabalho, firmeza e aquiescência no comportamento do trabalho para se chegar a estes propósitos, controlando a preservação e reconhecimento do grupo, e influenciando a cultura organizacional. Uma definição mais ampla de liderança deve abranger tanto as organizações assim como as não organizações. Possivelmente isso seja indispensável porque a liderança pode se tratar de um evento que antecede a instituição de uma organização. Os precursores e

fundadores são os primeiros incentivadores de uma organização, e têm um papel muito importante no seu surgimento, auxiliando em moldar seus valores, crenças, estrutura e cultura (Bertero, 1996; Vries, 1997; Schein, 1991).

De forma geral o conceito de liderança está associado a pessoas com qualidades e atributos valorizados, de maneira a inspirar relações interpessoais que servem de modelo a ser seguido e praticado. Por outro lado, a abordagem do fenômeno pela psicanálise e pela psicologia evidencia uma quebra a essa tendência, pois procuram evidências na história de vida das pessoas, comumente traumas e patologias, como causa que explique a eclosão do líder. Esse tipo de abordagem pode ter com viés um foco exagerado sobre o indivíduo, ignorando outras variáveis e situações.

Percebemos assim que, além do amplo interesse pelo conceito, existem convergências e divergências relacionadas ao conceito de liderança. Como suporte à alegação da ambiguidade implícita no termo, citada anteriormente, o quadro a seguir apresenta algumas definições de liderança que foram construídas em ordem cronológica segundo diferentes autores que escreveram em diferentes épocas:

**Quadro 1 - Definições de liderança**

(continua)

1.	“Líder é o que consegue fazer com que outros o sigam”	Cowley (1928)
2.	“Liderança é o processo de influir nas atividades do grupo com vistas ao estabelecimento e o alcance de suas metas”	Stogdill (1948)
3.	“O líder é aquele que melhor realize as normas que o grupo valoriza; essa conformidade lhe confere seu posto elevado, que atrai as pessoas e implica o direito de assumir o controle do grupo”	Homans (1950)
4.	“O líder é o indivíduo que determina a mudança mais eficaz na atuação do grupo”	Cattell (1951)
5.	“Liderança é exercício de autoridade e tomada de decisões”	Dubin (1951)
6.	“Liderança é tomada de iniciativas que resultem num padrão homogêneo de interação em grupo voltada para a solução de problemas mútuos”	Hemphill (1954)
7.	Liderança é “o comportamento de um indivíduo [...] dirigido às atividades de um grupo em direção a metas compartilhadas”	Hemphill e Coons (1957)
8.	Liderança é “a influência incremental superior e acima da confiança mecânica das rotinas diretivas da organização”	Katz e Kahn (1978)
9.	“Liderança é exercida quando pessoas [...] mobilizam [os recursos] institucional, político, psicológico, e outros recursos e assim desperta, engaja, e satisfaz os motivos dos seguidores”	Burns (1979)
10.	“Liderança é percebida no processo pelo qual um ou mais indivíduos tem sucesso na tentativa de formar e definir a realidade dos outros”	Smirch e Morgan (1982)
11.	Liderança é “o processo de influenciar as atividades de um grupo organizado em direção ao alcance de metas”	Rauch e Behling (1984)

**Quadro 1 - Definições de liderança**

(Conclusão)

12.	“Liderança é sobre a articulação de visões, valores imersos, e criação de ambiente dentro do qual coisas podem ser cumpridas”	Richards e Engle (1986)
13.	“Liderança é um processo de dar propósito (direção significativa) para o esforço coletivo, e causar ganho de esforços a ser gasto no alcance do propósito”	Jacobs e Jaques (1990)
14.	Liderança é “a habilidade de pisar fora da cultura [...] iniciar um processo de mudança evolucionária que é mais adaptativo”	Schein (1991)
15.	“Liderança é o processo de criar sentido ao o que as pessoas estão fazendo juntas e então as pessoas entenderão e serão confiantes”	Drath e Palus (1994)
16.	Liderança é “a habilidade de um indivíduo para influenciar, motivar, e capacitar outros para contribuir em direção à eficácia e sucesso da organização”	House <i>et al.</i> (1999)

Fonte: Fiedler & Chemers (1981); Yukl (2006).

A palavra liderança traz consigo alguns pressupostos do conceito, como a pactualização da aceitação mútua dos papéis entre liderados e líder. Existe uma relação social no processo de liderança, conforme define Selznick (1971), ao afirmar que liderar é preencher as necessidades de uma situação social. Independentemente das divergências entre as definições há a possibilidade de identificar e retirar de cada conceito alguns elementos comumente associados à liderança, como: autoridade, decisões, interação, atração de pessoas, mudança, exemplo a ser seguido, influência, metas compartilhadas, grupo, confiança, recursos e motivação, sucesso, influir na definição de realidade, alcance de metas, visão e valores, dar direção significativa, instituir ou mudar a cultura, influenciar, motivar e capacitar. Do conceito de Stogdill, citado no Quadro 2, Bryman (2004a), subtrai três elementos comuns entre várias definições: influência, grupo e metas. Realizando a junção destes com a presença indispensável do líder e dos liderados, emerge um sistema no qual o líder influencia mais do que é influenciado, numa situação de interação na qual estão presentes percepções e expectativas.

Gardner (1990, p. 17) define liderança como “[...] o processo de persuasão, ou de exemplo, através do qual um indivíduo (ou equipes de liderança) induz um grupo a dedicar-se a objetivos defendidos pelo líder, ou partilhados pelo líder e seus seguidores”. Essa definição salienta talvez um dos elementos de maior interesse nos estudos organizacionais: o grupo. Mas o que é grupo Barnard (1979) apresenta a ideia de grupo como agregado de mais de três pessoas envolvendo interações (cerne de sua definição de grupo) e relações sistemáticas. Pode-se afirmar ainda que o grupo é o *habitat* natural do líder, e sua definição pode envolver

ainda a ideia de “um conjunto de indivíduos que tenham algum objetivo ou destino em comum” (Fiedler & Chemers, 1981, p. 7).

### 1.1.2 Teorias sobre a liderança

A integração das teorias sobre liderança foi o tema de um trabalho realizado por Bryman (2004a), o qual agrupa cronologicamente as diferentes correntes teóricas em quatro abordagens principais: a do traço pessoal, a do estilo, a contingencial e a da nova liderança, cuja síntese pode ser visualizada no quadro a seguir:

**Quadro 2 - Abordagens teóricas sobre Liderança**

<b>Período</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Tema essencial</b>
Até o final da década de 1940	Traço	Habilidade de liderança inata
Final da década de 1940 até o final da década de 1960	Estilo	Liderança efetiva envolve o comportamento do líder
Do final da década de 1960 até início dos anos 1980	Contingencial	Tudo depende; a liderança efetiva é afetada pela situação
Desde o início da década de 1980	Nova liderança (inclui a liderança carismática)	Líderes precisam de visão

Fonte: Bryman, 1992.

A primeira das abordagens, a de traço pessoal, ainda persiste hoje em alguns estudos, mas teve maior intensidade até o final da década de 1940. Ela enfatiza as qualidades distintivas entre líderes e liderados, tais como traços físicos, traços intelectuais ou traços de personalidade (Robbins, 2002). Sua aplicação hoje estaria voltada ao processo de seleção de líderes para posições atuais e futuras (Bryman, 2004a). Líderes natos assumem o papel de candidatos que são selecionados dentre outros para ocupar uma posição formal de liderança pelas características compatíveis que possuem, o que corrobora a ideia implícita de “competição” entre líderes ou liderança emergente, ou seja, concorrência entre pares ou líderes natos e não líderes.

Por sua vez, a abordagem de estilo ou comportamental prevaleceu entre as décadas de 1940 e 1960, e dela se ressalta os comportamentos diferenciais do líder. Esta abordagem permite contrapor quem é líder e quem não é, e indica que o comportamento pode ser modificado pelo processo de treinamento. Defende, assim, a ideia de que a liderança pode ser ensinada, aprendida e desenvolvida (Bryman, 2004a), o que encontra respaldo no trabalho de outros autores, como Gardner (1990), Bennis e Nanus (1988), e Senge (1998). Para Gardner (1990), as atividades de liderança podem ser ensinadas ou desenvolvidas. Segundo Senge

(1998, p. 27), as tarefas de aprendizado do executivo poderiam envolver a administração do domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizado em equipe e pensamento sistêmico, cujo objetivo principal a explorar seria a criação do futuro organizacional por meio do desenvolvimento da capacidade de aprender da organização. O treinamento e o aprendizado têm a função de desenvolvimento e aprimoramento das habilidades do líder; existe, portanto, uma relação de “cooperação” que estimula a formação do comportamento de liderança e a retransmissão desse conhecimento. Já que o líder pode ser criado, surge daí a noção do “líder emergente”, que é aquele que surge num grupo que antes estava sem líder, isto é, sem o auxílio de designações institucionais (Fiedler & Chemers, 1981, p. 6).

Ainda dentro da abordagem de estilo destacam-se alguns trabalhos como os de Likert (1975), que apresenta quatro tipologias comportamentais: autoritário rígido, autoritário benevolente, deliberativo e participativo. Tannenbaum e Schmidt (1986) têm um trabalho semelhante, mas apresentam o estilo de liderança inserido num *continuum* entre os conceitos dicotômicos de autoridade (autoritarismo) e liberdade (democracia), que possui uma escala intermediária de sete pontos. O modelo de “Rede Gerencial”, desenvolvido por Blake e Mouton (1978), também é outro trabalho bastante difundido. Descreve cinco estilos gerenciais plotados num gráfico bidimensional que relaciona as variáveis orientação para pessoas (alta e baixa) e orientação para a produção (alta e baixa). Essa associação entre abordagem de traços ao processo de seleção e abordagem de estilo ao processo de treinamento, além de Bryman (2004a), também é apresentada por Robbins (2002).

Já a perspectiva contingencial, surgida nos anos 1960, coloca em evidência os fatores situacionais como sendo centrais no entendimento da interação de líderes e liderados e sua efetividade. As pesquisas de Lawrence e Lorsch (1973) impactaram não só o campo da liderança, mas também o estudo das organizações em geral, ressaltando que tudo pode ser contingencializado, isto é, deve se adequar ao contexto e ao ambiente frente aos problemas de diferenciação e integração. Ainda nessa linha contingencial, Bryman (2004a) se destacou com o modelo de escala LPC – *Least Preferred Coworker*, que é um índice de hierarquia motivacional com duas tipologias (alto e baixo LPC) classificadas numa escala de oito pontos. A escala se baseia nas relações do líder com os membros do grupo (boa ou deficiente), nas situações de tarefa (estruturada ou não estruturada) e na posição de poder do líder, (forte ou fraca) (Fiedler & Chemers, 1981). De acordo com estes autores, a orientação dispensada pelo líder para a tarefa recebe também uma quantidade de apoio sócio emocional, tendo relação

com o nível de maturidade dos subordinados para o desempenho objetivo (Hersey & Blanchard, 1986). O comportamento do líder pode ser determinado por quatro estilos: o apoiador (delega ao subordinado com alta maturidade), o participativo (compartilha com o liderado com maturidade moderada/alta), o tutor (persuade o liderado que possui baixa/moderada maturidade) e o diretivo (determina a tarefa para o liderado com baixa maturidade).

Já a última abordagem, a da nova liderança ou carismática, tem início na década de 1980 e direciona a atenção para a “representação dos líderes como gestores de significados” (Bryman, 2004a, p. 263). Esta abordagem enfatiza o simbolismo e a articulação da visão e missão da organização. Para Bryman (1992), o mais influente tratamento ao conceito de carisma pode ser atribuído ao sociólogo alemão Max Weber em sua obra “Economia e Sociedade”. Weber apresenta a palavra carisma, uma de suas três tipologias sobre autoridade, associada à “veneração extra-cotidiana da santidade”, do poder heroico, ou do caráter exemplar, intrincado com uma missão (Weber, 1994, p. 141). Na obra de Weber pode ser percebida uma oposição entre organização e carisma (Bryman, 1992). Este último termo tem origem na mística, no sobrenatural e no religioso, podendo ser o líder carismático interpretado como divino ou semi-divino, detentor de qualidades sobre-humanas (Bryman, 1992). A nova liderança traz ainda a dicotomia dos “líderes transformacionais” e dos “líderes transacionais”, que influenciaram muitas pesquisas, entre as quais a de Peters e Waterman Jr. (1986). O autor desses conceitos foi Burns (1979), que ganhou por sua obra “*Leadership*” (Liderança) os prêmios Pulitzer e Livro Nacional. Como líder transformacional ou carismático entende-se aquele que presta atenção individualizada às necessidades e aspirações de seus seguidores, modificando sua maneira de ver e os incentivando a repensar velhos problemas sob novas óticas, além de estimular e entusiasmar a busca máxima dos objetivos. Dessa forma, as aspirações do líder e do grupo tendem a se unificar. O líder transacional motiva seus seguidores por metas definidas, por papéis claros e pela exigência de tarefas, relação em que existe uma troca (contrato) entre líder e seguidores na forma de recompensas, prestígio ou dinheiro, resultantes dessa obediência (Burns, 1979). Wood Jr. (2000) salienta como o tipo ideal as Organizações de Simbolismo Intensivo (OSI). Sua abordagem destaca a organização como um espaço simbólico, ocupado pela retórica e pelo uso de metáforas, em que os significados podem ser manipulados e onde ocorrem fenômenos de teatralização. No dia-a-dia pode-se perceber o uso de termos característicos da literatura de cultura organizacional, por exemplo, de rituais, do gerenciamento da impressão (comunicação), da manipulação da



imagem e da celebração de heróis. Ocorre também o afastamento entre a substância e a imagem, com o fetiche pelo novo e o cultivo de ilusões, pois a imagem pode parecer mais fidedigna que o original. Como contexto das OSI se teria a liderança simbólica como um estilo gerencial, as inovações implicariam em eventos dramáticos, e haveria na força de trabalho um importante grupo de analistas simbólicos (Wood JR., 2000). Essa ideia remonta ainda à década de 1980, conforme pode ser verificado pela definição de Yukl (2006, p.3), apresentada no Quadro 1: “Liderança é percebida no processo pelo qual um ou mais indivíduos tem sucesso na tentativa de formar e definir a realidade dos outros”.

Uma das tarefas presentes, ou pelo menos pretendida, na ação da liderança ou no exercício da função do líder é a elaboração de um planejamento estratégico, para que os objetivos pretendidos através da liderança sejam alcançados. Assim, abordaremos essa temática no próximo tópico.

## **1.2 Natureza do Planejamento Estratégico**

A literatura tradicional procura apresentar a ideia de que o planejamento estratégico é a solução necessária para que pessoas na função de liderança e/ou as instituições consigam alcançar seus objetivos, desenvolver novos produtos e sobreviver em um meio profissional de concorrência e turbulento (Mintzberg, Carpigiani & Rodrigues, 2004). Na verdade, o planejamento, na medida em que está presente em qualquer atividade consciente ou teleológica (Lukács, 1989), origina-se da necessidade (inerente) de sobrevivência e adaptação dos seres humanos às diversas situações às quais estão submetidos.

O projeto tem como sinônimo: intenção, finalidade, programa, planejamento, objetivo, alvo. Tal como o planejar inerente aos seres humanos objetiva a sobrevivência e adaptação à vida por meio da antecipação, o projeto, na cultura das instituições também busca um melhor posicionamento no campo de atuação (Boutinet, 2002).

Mesmo sem desconsiderar as especificidades das diversas atividades humanas, todo projeto é composto, essencialmente, por cinco fases (Boutinet, 2002):

- A primeira delas está ligada a sua concepção ou definição: relaciona-se com a previsão de um futuro provável;
- A segunda está ligada a questão do diagnóstico: análise da situação;
- A fase seguinte se refere a organização ou planejamento: assemelha-se ao projeto e relaciona-se com as dimensões temporais e operatórias;



- A quarta fase é a da operacionalização ou execução: é a fase em que se realiza a ação;
- Por fim, a quinta fase é a do acabamento ou avaliação: obtêm-se os indicadores com multicritérios que podem ou não ser quantificados.

Essas etapas serão discutidas de forma mais pormenorizadas na continuidade deste estudo.

### **1.3 Um olhar crítico sobre a literatura tradicional do planejamento estratégico**

Vários autores elaboraram críticas à literatura tradicional que trabalha o planejamento estratégico (Mintzberg et. al., 2004; Boutinet, 2002; Mendonça, 2010). Os principais fatores enfatizados por esses autores são:

- Divisão social e técnica do trabalho (planejador diferente do executor, o ponto principal a ser discutido nesta dissertação);
- Desconsideração das possíveis mudanças ambientes e imprevisibilidade;
- Tentativa de implantar o projeto bem-sucedido em um determinado local, desconsiderando particularidades do contexto<sup>1</sup>.

Normalmente, o projeto implica a divisão social e técnica do trabalho<sup>2</sup>, divisão esta relacionada a quem o pensa e a quem o executa. Uma das principais críticas está associada à falta de unicidade entre concepção e realização (Boutinet, 2002) e à real necessidade de se ter um planejador em uma instituição (Mintzberg et. al., 2004). Isso porque a ideia apoiada no modelo de planejamento normativo (Mendonça, 2010), segundo a qual só existe um único e melhor caminho, seguido de instruções contendo passo-a-passo para que os administradores não errem e, acima de tudo, melhorem os resultados para ganhar competitividade, nem sempre garantiu êxito às corporações. Aliado a essa questão, essa separação resiste às observações que revelam a natureza da prática cotidiana, como o trabalho real, camuflado sobre a aparência maquinal das organizações tayloristas ou burocráticas. Essa distância exige dos profissionais uma mobilização de raciocínio e flexibilidade para cumprirem as exigências

---

<sup>1</sup> Esta é a lógica do benchmarking. Este ponto, embora não menos importante, não é foco desta pesquisa inicialmente, mas talvez de um futuro estudo que dará continuidade a este.

<sup>2</sup> Divisão social do trabalho: Subdivisão da sociedade em ofícios, em ocupações. Divisão técnica do trabalho: parcelamento dos processos em inúmeras operações executadas por trabalhadores diferentes (BRAVERMAN, 1977, p. 71 e 72).

da organização e para lidarem com os imprevistos, podendo culminar em uma hiperaceleração (Vilela & Assunção, 2004) e outros sintomas, como cansaço e esgotamento mental (Vilela & Assunção, 2004).

O pressuposto das escolas descendentes é que a racionalidade, a consciência, o controle, a formalização e a análise permitem que as estratégias desenvolvidas e explicitadas prevejam, controlem e domesticuem as ações e seus resultados (Mintzberg et. al., 2004). Lima (2005) afirma que, ainda que seja feita uma avaliação final dos resultados alcançados decorrentes do plano prescrito e mesmo que as possibilidades de variações sejam reconhecidas, planejadores integrantes dessas escolas continuam buscando o controle da realidade e a apreensão da instabilidade, pois a norma é garantidora da efetividade de um resultado previamente planejado, por ser a “*expressão da máxima [da] racionalidade imposta à realidade*” (Rivera, 1987, 1989), é geralmente tratada como verdade única (Matus, 1989).

Os fatores que provocam o distanciamento entre concepção e execução e da imprevisibilidade são as mudanças ambientais, econômicas, sociais, tecnológicas (Alday, 2000; Barbosa & Brondani, 2005; Maximiano, 2000; Quinn, 2006); bem como a desconsideração das diferenças regionais, dos elementos políticos (Giovannella, 1991), das particularidades das situações, o que por sua vez impedem que os resultados pretendidos sejam alcançados (Mintzberg et. al., 2004).

Em uma pesquisa realizada para a revista *Fortune*, consultores opinaram que entre as estratégias planejadas, menos de 10% são realizadas com sucesso (Mintzberg et. al., 2004). Na ocasião, Tom Peters (Mintzberg et. al., 2004) alegou que um dos fatores que provocava o fracasso se dava pela má implantação por parte dos executores: A unicidade entre concepção e realização é tida como condição indispensável para que um ator seja autor de seu projeto, devendo ser integrados os diferentes tempos entre pensamento e execução (Boutinet, 2002). Os atores envolvidos devem estar comprometidos com o desenvolvimento de uma ação para que seja de fato realizável (Jacques, 1982 *apud* Boutinet, 2002).

#### **1.4 Novas propostas para o planejamento estratégico e a saúde pública no Brasil**

Tendo havido o reconhecimento de pelo menos duas características do projetar – impossibilidade da criação das circunstâncias na qual esse será executado (Matus, 1996; Rivera, 1987) e necessidade de aproximação entre concepção e execução –, profissionais repensaram o planejamento a partir da necessidade de o plano se moldar às mudanças (Alday,

2000; Barbosa & Brondani, 2005; Maximiano, 2000; Quinn, 2006), desafiando os modelos mentais até então vigentes (Mintzberg et. al., 2004).

O procedimento estratégico não visa necessariamente ao estabelecimento de normas, mas sim ao desencadeamento de discussão e análise das situações particulares da sociedade (Testa, 1992). Nessa perspectiva, o sujeito é parte integrante da realidade (Rivera, 1987, 1989) e o estímulo participativo tem um vínculo estreito com a eficácia operativa (Testa, 1992).

Dessa feita, Boutinet (2002) vai afirmar que situações simplificadas não demandam a elaboração de projeto pelo fato de seus resultados já serem esperados e evidentes. Mintzberg et. al. (2004) discorda dessa visão, afirmando que é justamente o tipo de organização denominada como “*organização máquina*”, que permite que o planejamento seja previamente elaborado e que os profissionais consigam executar quase exatamente o planejado, devido às suas características (maturidade, estabilidade, trabalho simples, repetitivo e padronizado). A explanação e clarificação dos passos podem possibilitar um maior controle dos processos e resultados (Mintzberg et. al., 2004). Assim verificamos uma situação paradoxal em relação ao planejamento estratégico: funciona bem onde parece não ser necessário, em organizações que funcionam como máquinas, e é colocado em xeque diante da variabilidade e da incerteza, portanto diante de situações problemáticas que requerem o pensamento estratégico (criativo), para a elaboração de um novo plano de ação e de um novo projeto.

As “*organizações máquinas*” utilizam a ideia de estratégia deliberada relacionada à diretriz de um plano, onde o curso das ações posteriormente realizadas foi prévia e intencionalmente pretendido (Mintzberg et. al., 2004).

Por sua vez, outros tipos de organizações, como as chamadas “*organizações profissionais*” (Mintzberg et. al., 2004), caracterizam-se por ter um ambiente marcadamente complexo e cheio de incertezas, no qual o projeto está inscrito. Assim, o projeto sofre interferência de vários níveis (recursos, problemas, atores, aspirações), necessitando de uma forma de geri-los (Boutinet, 2002), que, paradoxalmente, esbarra em sua complexidade e incerteza.

Dessa forma o projeto se caracteriza pela busca de uma resposta inédita de um indivíduo ou grupo de indivíduos pertencentes a determinado contexto com características peculiarmente próprias, em uma determinada época e situação, também singulares. Assim, o projeto é sempre uma reinvenção ao seu próprio modo, na qual atores, história, intenções,

contexto e ambiente são singulares e demandam por soluções autênticas para um problema (Boutinet, 2002, p. 235).

Para que o projeto seja concebido, o ambiente deve ser aberto, podendo ser modificado e explorado. Algo deve ser feito, ordenado e mudado por uma ação que deve ser antecipada da melhor forma possível, não relacionada a um determinismo, mas à realização de algo até então não feito (Boutinet, 2002, p. 235 e 236).

Um fim projetado demanda uma meta a ser perseguida e uma programação a ser executada, sem que uma exima a importância da outra. A meta deve estar no interior da programação, permitindo que o projeto cumpra as exigências entre elaborar e realizar, propiciando que o fim almejado seja alcançado (Boutinet, 2002). Ao contrário do que impõe a abordagem normativa, eventos transformam decisões tomadas em um dado momento em ineficazes no futuro, necessitando de uma revisão da meta para que não se torne intangível (Matus, 1989), podendo também transformar o sentido do trabalho devido ao caráter desmotivante diante dos resultados realmente alcançados.

A elaboração de estratégias está relacionada à análise ou diagnóstico da situação, permitindo explorá-la de maneira minuciosa, estabelecendo pontos fortes e pontos fracos, aspectos positivos, carências e insuficiências que agem sobre os atores (Boutinet, 2002). Sua função estratégica é ajudar a organizar e alocar recursos, considerando competências e deficiências organizacionais e possíveis mudanças ambientais (Quinn, 1980 *apud* Mintzberg et. al., 2004).

Das oportunidades identificadas pelo diagnóstico, emerge um possível projeto, cujos fins e objetivos dos aspectos operatórios constituem o ajuste entre as finalidades almeçadas e as necessidades explicitadas. Após a verbalização da intenção do projeto, uma estratégia adequada deverá ser instalada (Boutinet, 2002).

A fase de realização relaciona-se à operacionalização do projeto, em dado período de tempo, possibilitando que a finalidade seja alcançada. Desvios, obstáculos e imprevistos entre o projetado e o realizado devem ser geridos. Quando grandes, as práticas devem ser reorientadas para que se tornem mais coerentes frente ao que foi elaborado (Boutinet, 2002).

Uma avaliação propicia averiguar, além da distância entre o pretendido e o alcançado, o desempenho dos atores no interior das práticas. Para tal, critérios de avaliação devem ser estabelecidos para avaliar a eficácia e pertinência das ações. Resultados que reportem a saberes de dimensão qualitativa requerem a abordagem da parte invisível do que foi realizado, por não serem materializáveis e quantificáveis (Boutinet, 2002), como no caso

da prestação de serviços, que faz uso de experiências, competências e envolve aspectos relacionais e comportamentais, difíceis de serem quantificados.

Lorino (1992) alerta para o risco que indicadores quantitativos trazem ao processo de avaliação de desempenho, podendo deformar a realidade, principalmente quando líderes controladores (Santos, 2004) utilizam sistemas de planejamento formal, insensíveis ao tratamento das singularidades dos eventos. As variabilidades (Santos, 2004) do contexto podem impactar no resultado dos indicadores, refletindo no cumprimento das metas, que pode gerar, além de insatisfação, a perda do real sentido da atividade. Isso justifica a necessidade dinâmica de se levar em consideração os aspectos qualitativos das situações (Santos, 2004) e a possibilidade de revisão de metas (Matus, 1989). Por esses motivos, os planejadores devem estar mais próximos dos executores e das reais situações vivenciadas pela base, acarretando em uma crítica a ideia de um planejador reflexivo, distante da realidade.

Transportando toda essa discussão para o objeto desta investigação, a saúde pública, verificamos que a informação é reconhecidamente um elemento facilitador da atividade, pois sendo uma vez compartilhada, permite, além da identificação de problemas, a consequente elaboração de ações coordenadas para sanar esses problemas (Ohara & Silva, 2009). No Programa Estratégia Saúde da Família, estudos demonstram a importância da atividade do agente comunitário de saúde (ACS) no processo de prevenção e promoção da saúde da população, objetivo principal do Programa. Sua tarefa é coletar e atualizar as informações sobre as famílias de dada região, a partir das visitas domiciliares realizadas mensalmente. Essas informações são posteriormente registradas em sistemas informacionais (Ohara & Silva, 2009), que servem como ferramenta para identificação de ações (Ohara & Silva, 2009) e estratégias de prevenção primária e detecção precoce de doenças (Cruz & Loureiro, 2008). Isso propicia ao ACS alimentar continuamente o processo de melhoria nos serviços (Ohara & Silva, 2009).

## **CAPÍTULO II**

---

### **O CONCEITO DE SAÚDE**

## 2.1 O conceito de Saúde

A promoção da saúde está ligada diretamente ao seu desenvolvimento. Desta forma, torna-se fundamental que compreendamos o que vem a ser saúde. A definição de saúde vem evoluindo no decorrer da história. Ele está refletido na conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. O conhecimento de sua história expressa a compreensão de que sua definição e o estabelecimento de práticas, procedam do saber existente em cada sociedade. (Backes et. al., 2009; Batistella, 2007; Scliar, 2007).

Durante a antiguidade clássica, a saúde foi entendida por Galeno, como equilíbrio entre as partes essenciais do corpo. (Backes et. al., 2009). O conceito de saúde passou a ser entendido como o fato de não se ter ou estar doente, a partir do século XVII, levando os pesquisadores e médicos a investigarem exaustivamente sobre doença.

A definição de saúde como “não doença”, é qualificada pela abordagem nos aspectos orgânicos, individuais e pela questão mecanicista (Batistella, 2007). Esse modelo leva a dividir o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, formulando um entendimento cada vez mais especializado referente as funções e disfunções orgânicas.

Essa compreensão foi a razão para a formulação do Modelo Biomédico, que continua presente nos dias de hoje nas condutas dos profissionais de saúde (Horta et. al., 2009). Define-se por uma visão reducionista da saúde, tida como uma situação contrária, sendo enfrentada apenas pelo gasto individual e global de produtos e serviços, como se fosse algo qualquer a ser comercializado. O corpo é visto como uma máquina e a saúde, como ausência de doença (Carvalho, 2005; Westphal, 2006).

Diversos autores têm criticado essa definição negativa de saúde (Czeresnia & Freitas, 2003; Westphal, 2006). Para Almeida Filho e Andrade (2003, p. 101): “em uma perspectiva rigorosamente clínica [...], a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’”. Para Ayres (2007), saúde e doença não podem ser vistas como situações polares, opostas ou extremas, visto que, para avaliarmos se estamos obtendo promoção a saúde, empregamos como indicador a ausência ou diminuição de doença. “Há uma dimensão positiva de saúde por trás do conceito supostamente negativo de doença” (Ayres, 2007, p. 46), ou seja, para que o sujeito possa intitular-se doente, é preciso que perceba que seu estado de equilíbrio (saúde) está perturbado. De acordo com Canguilhem (2006):

[...] se não houvesse uma referência positiva, algum tipo de valoração, sempre multidimensional, que nos orientasse sobre o que positivamente desejamos em relação aos nossos modos de andar a vida, não teríamos a concepção fisiopatológica de doença na qual, ainda hoje, estão radicadas as ciências biomédicas modernas (Canguilhem, 2006).

Tentando-se ir além da visão negativa da saúde, em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) atribuiu à saúde um novo conceito, “um completo estado de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (who, 1946, p. 1).

Segundo Scliar (2007) e Dowbor (2008), esse conceito, a partir de uma visão mais abrangente de saúde, trouxe consigo uma determinação positiva de saúde que envolve além de aspectos físicos, mas também aspectos sociais e psicológicos. Ademais, trata-se de um ponto de partida, abrindo espaço para o fomento da concepção, mais atualizada, da saúde como qualidade de vida.

Para Ferreira Neto et. al. (2009) esse entendimento de saúde desloca a ênfase no corpo doente e evidencia determinantes mais plurais, com acento na noção de fatores de risco, diluindo, assim, as fronteiras entre doentes e supostamente saudáveis.

Mesmo avançando, muitas críticas vieram sobre o conceito de saúde proposto pela OMS. Segundo Scliar (2007) referencia a saúde como algo inacessível, sendo assim não podendo ser empregado pelos serviços de saúde. Para Caponi (1997), contesta o conceito da OMS, qualificando, como intransponível pelo fato de ser utópico e subjetivo, e que sua adesão serve para demonstrar práticas abusivas de inspeção e efetivação daquilo que não se é desejo e portanto perigoso. A autora afirma que bem estar é identificado na sociedade pelas coisas que dentro de um momento histórico, são consideradas normais (Capoli, 1997, p. 300).

Mesmo assim, e diante do progresso na definição da saúde, o ponto de vista normativo continua muito predominante. Para Batistella (2007), esse ponto de vista necessita ser refletido sobre duas vertentes. A primeira delas, fundamentado em Foucault, diz que a padronização dos espaços, dos processos e dos indivíduos exercem controle sobre os corpos.

Na saúde, o estabelecimento de normas e padrões de consultas saudáveis a serem observadas para se evitarem as doenças tende a colocar, exclusivamente sobre os indivíduos, a responsabilidade pelo seu adoecimento. Dessa forma, a responsabilização das pessoas por estilos de vida não-saudáveis tende a desviar a discussão de fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influenciam fortemente no processo saúde-doença (Batistella, 2007).

Isentando a atuação do Estado, qualquer compromisso com estado de saúde-doença dos indivíduos.



O segundo ponto de vista mencionado por Batistella (2007), diz respeito a crítica que se faz questionando o conceito de saúde, idealizado pela OMS, sobre a noção de normalidade.

Conforme o autor a normalização de normas e processos alusivos à saúde, também é muito difícil. Por este motivo, interroga sobre a definição do padrão de normalidade para todos os sujeitos (Canguilhem, 2006).

A primeira Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, em Ottawa, em 1986, tornou-se o início do desenvolvimento do conceito positivo a saúde. De acordo com a primeira conferência e em resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde, característicos da época, definiu-se que saúde:

[...] não deve ser vista como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas [...] Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (MS, 1986, p. 4).

Segundo Batistella (2007) esse conceito resgata a relevância das esferas econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Contrapondo-se ao conhecimento biomédico, baseado na perfeição do saber anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, em que o modelo assistencial está centrado no indivíduo, doença, hospital e no médico

A constituição de saúde foi acrescentada na Constituição Brasileira de 1988, como um “direito de todos e dever do Estado”, tornando-se um recurso de inúmeros avanços posteriores, no campo da saúde (Ferreira Neto et. al., 2009, p. 463). Contrapondo-se a essa questão de saúde, tem-se em todos os países capitalistas, inclusive o Brasil, a caracterização da saúde como mercadoria em paralelo ao direito humano (Dowbor, 2008, p.17).

Sobre essa questão, Coelho e Fonseca (2007) afirmam que:

A saúde atualmente virou objeto de consumo. “Isto porque ao estarmos imersos numa cultura consumista, as maneiras de se ‘ter’ saúde tornam-se produtos de venda. Como se o desejo desejasse, obrigatoriamente, uma mercadoria”. Segundo as autoras, a saúde deve ser tratada como um processo singular, em que se reconhece de que o corpo precisa, e não o que deve precisar. Afinal, se concordarmos que viver a saúde é também viver um processo de saúde adoecimento, é porque sentimos que estados precários e imperfeitos das pessoas também fazem parte da saúde. “Saúde não é a repetição sem graça do viver, mas o poder circular pela amplitude de estados e afetos e, conseqüentemente, de relações

que conseguimos fazer, nas nossas andanças pela vida” (Coelho & Fonseca, 2007, p. 68).

O conceito de saúde passa a ser inconsistente e amplo, não há impedimento para torna-lo eixo para as práticas de saúde, ou seja, pelo grau de sua importância, se torna fundamental para a implantação do modelo de atenção instrutivo (Batistella, 2007).

Acredita-se na visão expandida, positiva e complicada de saúde onde a cidadania e o respeito ao ser humano é resgatado. No entanto pensando em saúde sob essa lógica muito ampla que estamos não é um trabalho simples que estamos combatendo segundo Czeresnia e Freitas (2003, p. 46).

## **2.2 Promoção da Saúde**

Segundo a Carta de Ottawa de 1986:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (Ministério da Saúde [MS], 2002).

Da mesma forma que a definição de saúde e de sua promoção progrediram por toda extensão da história, igualmente como aconteceu com o mesmo nível de relevância, gerado pelos administradores públicos mundialmente. Aliado ao passado, o Movimento de Promoção à Saúde pode ser estabelecido historicamente pela tradição sanitária que começou no século XIX. As doenças associadas as condições de vida e ambiente das comunidades já era observado, desde os tempos antigos. São os estudos de Snow, Villermé e Virchow, dentre outros, que indicam as condições de vida e a pobreza como condição intimamente ligadas diretamente ligados ao processo saúde/doença (Carvalho, 2002).

No tempo moderno foi utilizado a primeira expressão “Promoção da Saúde” acontecido em 1946, pelo pesquisador Henri Sigerist. Ele pontuou quatro atribuições essenciais à medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Esses conceitos, da forma como foram trabalhados por este

pesquisador indicam sua inquietação com o ponto de vista geral de “determinação da saúde” (Buss, 2003; Sícoli & Nascimento, 2003).

Durante a década de 60, Leavell e Clark definiu o conceito de promoção da saúde, tradicionalmente já conhecido na História Natural da doença, como um dos componentes do nível primário da atenção básica, na chamada medicina preventiva.

Por volta dos anos 70, Heidmann et. al. (2006, p. 353) mostrou o surgimento, a nível internacional, da promoção humana como resultado: “debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença”.

De acordo com os atores, dois fatos marcaram esse contexto: a abertura da China Nacionalista – em missão à China, onde foi observado a realização de cuidados de saúde a comunidade, não muito tradicionais, e tais observações foram usadas em um espaço posteriormente na Declaração de Alma Ata. O movimento canadense, também foi outro fato ocorrido, a partir do Informe Lalonde, em 1974 (Heidmann et. al., 2006) – e este por sua vez, tratava de colocar a promoção da saúde, sob o olhar do pensamento estratégico.

O Informe Lalonde, baseado no campo da saúde, veio trazer como referência os pontos importantes para a saúde, na lógica do pensamento estratégico. Mesmo que o desenvolvimento na concepção de promoção da saúde, Heidmann et. al. (2006) apontam que o relato tenha sido uma perspectiva orientada para a mudança dos estilos de vida, com destaque na ação individual, empregando um enfoque comportamental e preventivista. Ainda mais, abandonava a toda conjuntura política, econômica e social da promoção da saúde, e favoreciam a atribuição de culpa aos sujeitos e grupos sociais, por problemas de saúde, onde os fundamentos se encontravam afastada de seus conhecimentos.

Tentando progredir em relação ao conceito de promoção da saúde, em 1978, foi criada a Conferência Internacional de Alma Ata, que, de acordo com Carvalho (2002), produziu um grande escrito com influência para a concepção de promoção de saúde. Os princípios e estratégias oferecidos na conferência comprovavam a importância de ações envolvendo diferentes setores (sociedade, trabalhadores, Estado) para consagrar e promover saúde.

Em 1986, realizou-se a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, no Canadá. A Carta de Ottawa, resultado desta conferência, é considerada, por diversos autores (Buss, 2003; Silva, 2009), como um ponto histórico, no conceito da Nova Promoção à Saúde, pois unificou os princípios de Alma-Ata, conduzindo os passos para a

saúde pública. As áreas guiadoras da promoção da saúde presentes na carta eram: criação e execução de políticas públicas salutaras; formação de locais benéficos à saúde; alusivas à ação comunitária, em cumplicidade com a atuação constante; progresso na qualificação pessoal por meio da educação em saúde e reorientação dos serviços de saúde. O modelo assistencial foi superado, por este relato focado na doença, em se tratando de fenômeno individual (MS, 2002).

A partir de Ottawa, muitas questões advieram, no desejo de construir e criar bases teóricas, conceituais e políticas para a Nova Promoção da Saúde. Em 1988, na cidade de Adelaide (Austrália), a II Conferência sobre Promoção à Saúde é sinalizada pela intenção de determinadas políticas públicas, almejando uma vida mais salutar, marcando quatro áreas extremamente: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes propícios (MS, 2002). Segundo Sícoli e Nascimento (2003), nessa conferência é certificado que a principal importância das políticas públicas salutaras trata-se da criação de ambientes físicos e sociais benéficas à saúde.

Após a Conferência de Adelaide, um novo encontro aconteceu em Sundvall (Suécia), em 1991. A Declaração de Sundvall focaliza a temática da ecologia e ambiente nas questões de saúde e propunha à criação de ambientes promotores de saúde, que teriam responsabilidade com o princípio da equidade (Sícoli & Nascimento, 2003).

No ano de 1997, ocorreu em Jacarta, na Indonésia, a IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, onde foi enfocado foi o da participação social e a saúde, enquanto direito primordial ao ser humano (MS, 2002).

A pauta da V Conferência sobre Promoção à Saúde, realizada no México, no ano de 2000, centralizou-se no “valor da saúde como processo para a vida com eficácia, apontando-se a necessidade do desenvolvimento socioeconômico e da imparcialidade” (Silva, 2009, p. 42). Segundo Westphal (2006), foi assumida a promoção da saúde como primordial para a saúde nos três níveis: local, nacional e internacional.

Após dezenove anos da Conferência de Ottawa, ocorreu em Bangkok, na Tailândia, a VI Conferência Global de Promoção da Saúde. Naquele momento, a globalização e suas ideias influenciáveis, positivas e negativas, inerentes a saúde foram pauta de discussão (Westphal, 2006).

Simultaneamente a esse cenário internacional, na América Latina, mais precisamente no Brasil, grupos alertas a caracterização local e que assumiam compromissos e escolhas democráticas foram os autores os principais da Reforma Sanitária Brasileira, que teve

conquistas importantes no campo da saúde (Vicentin, 2008). Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde tinha como tema “Democracia é Saúde”, e se formou em um fórum, em defesa da luta pela “descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que favorecessem e zelassem pela vida” (Ministério de Saúde [MS], 2006, p. 9). A exposição escrita dessa conferência, após dois anos, norteou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

O SUS encontra-se fundamentado na definição ampliada de saúde, na geração das políticas necessárias para promovê-la, no envolvimento social importante para que o sistema das políticas de saúde seja construído, na incapacidade do setor sanitário, quando este não consegue garantir os focos determinantes e condicionantes de escolhas saudáveis a população (MS, 2006). Portanto, o SUS, por ser uma política de destaque da qualidade de vida e da confirmação do direito à vida e à saúde, promove movimentos reflexivos para a promoção da saúde (MS, 2006).

A partir de então, a promoção da saúde, entendida como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo de saúde-doença brasileiro, assim como um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias do sistema de saúde, passou a contribuir para a construção de ações que possibilitassem responder às necessidades sociais de saúde (MS, 2006).

Como fruto desse processo inerente à promoção de saúde, em março de 2006, o Ministério da Saúde brasileiro publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde, um ponto para a consolidação da Nova Promoção da Saúde no Brasil. Todavia, a partir de sua publicação, a PNPS vem sendo alvo de inúmeras críticas. Dentre elas, expressa por Traverso-Yépez (2007), refere-se ao fato de que as diretrizes para sua implantação são, quase que totalmente, aplicadas aos gestores e, quase nada, aos executores. Ademais, a autora relata que a política “desconsidera as dificuldades de sua implantação e operacionalização, na atenção primária, determinada por baixo poder aquisitivo dos indivíduos e a hegemonia do modelo biomédico, centrado na cura” (Traverso-Yépez, 2007, p. 232).

Segundo Ferreira Neto et. al. (2009), a Política mostra as formas de grandeza da promoção da saúde: a progressista e a neoliberal. A grandeza progressista se referenciada por uma promoção da saúde vinculada aos interesses sociais, defendendo a imparcialidade, a continuidade e estimulada da participação social (Ferreira Neto et. al., 2009).

O aspecto neoliberal refere-se a questão da PNPS voltar-se, em alguns pontos de vista, a aspectos individualistas e voltadas para a regulação e a vigilância (Ferreira Neto et.

al., 2009). Também norteia os indivíduos para a autorresponsabilização e consequentemente culpa por sua saúde, ou ausência dela. Sendo assim, considerando os indivíduos como únicos responsáveis pela saúde, as explicações sócio-políticas e econômicas ficam desemparelhadas, disfarçadas, e assim, o Estado é desresponsabilizado e a “culpa” pela situação de saúde recai sobre o indivíduo (Sícoli & Nascimento, 2003).

Ainda sobre o neoliberalismo, Traverso-Yépez (2007) mostra que sua progressão vão de encontro bases ideológicas da promoção da saúde. A grandeza da imparcialidade existente no Brasil não possui documentação considerável a promoção da saúde. Sendo assim, há uma política bem resistente, com proposituras indo ao encontro da promoção do bem-estar e desenvolvimento da cidadania, entretanto, dificultando sua operacionalização.

Mesmo com todas as contestações à PNPS, continua sendo uma realidade precisando ser efetivada. Para tal, Traverso-Yépez (2007) tem como sugestão uma análise, crítico-reflexiva da PNPS, englobando vários protagonistas sociais. Pois, de nada serviriam políticas bem intencionadas “se são inviabilizadas pela falta de vontade política e pela distribuição assimétrica de poder, ou por atividades de ordem social, dentro das quais, inclina-se a exercer com automatismos e de maneira não reflexiva?” (Traverso-Yépez, 2007, p. 235).

### **2.3 A Nova Promoção da Saúde**

A inédita promoção da saúde, cujo conceito da OMS mostrada logo no início desta discussão, presume o mérito da saúde como direito de cidadania, definido em melhoria das condições de vida, serviços e ações incontestáveis, com alvo na intersetorialidade e no encorajamento à organização da comunidade, para legítima função do controle social (Buss, 1998 *apud* Horta et. al., 2009). É visualizada como uma tática de estruturação inclinada para diminuição da indefensibilidade, que leva a questões que proteja a equidade e que incentivam a participação social (MS, 2006).

Segundo Ayres (2004), a opinião de promoção da saúde atualmente tem intensão interferir nas as situações de risco que são ameaças para vida. Desse modo, obriga-se a atuar como meio incentivador de conhecimentos de saberes técnicos e populares, articulando processos institucionais e comunitários, públicos e privados, na defrontação e deliberação dos determinantes da saúde. Deverá ser norteada pelos princípios da vida, reciprocidade, democratismo, progresso e direitos (Buss, 2003).

Todavia, a diversidade de opiniões, devido a pluralidade do termo e a *promoção da saúde* demonstram a incapacidade de definições do mesmo gênero ou relações partidárias e direcionam e para a multideterminação e a complexidade<sup>1</sup> do processo. (Traverso - Yépez, 2007).

Inúmeras classificações de promoção da saúde, são encontradas nas análises científicas e na linguagem dos instrutores em saúde. No entanto, nos deparamos mais com as que referenciam os modelos assistencialista, preventivista e promocionista (Buss, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003; Alves, 2005; Lefevre F & Lefevre A, 2007; Dowbor, 2008).

A visão filantrópica de promoção de saúde se refere ao meio de compatibilizar técnicas e tecnologias na resolutividade de adversidades e atendimento das necessidades de saúde, individuais e coletivas (Alves, 2005; Dowbor, 2008). Assim identificamos um problema instalado, e procura-se sua resolução.

A concepção de prevenção procura evidenciar medidas que impedem o aparecimento ou exacerbação da doença, de jeito que seja afastada do doente. Imagina-se a supervisão como qualquer situação que favorece possibilidade de surgimento de uma doença (Buss, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003; Lefevre F & Lefevre A, 2007; Dowbor, 2008).

Pensando nisso, e na batalha de direcionar as ações instrutivas e seus executores, a OMS, em 1994, formulou os sete princípios definidores das práticas educativas, efetuadas nesta concepção, dos quais cinco são apresentados por Westphal (2006):

- 1) Concepção holística de saúde, voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença – nesse caso, o que se orienta é que as ações de saúde fomentem a saúde física, mental, social e espiritual em sua ampla determinação, mediante ações que ultrapassem os limites do setor saúde. Trata-se de discutir a saúde ou não-saúde sob todas as interconexões existentes e não considerá-la de forma fragmentada ou isolada (Westphal, 2006);
- 2) Equidade – se refere a desenvolver promoção de saúde de forma equitativa, implicando em “analisar os territórios onde as pessoas habitam, detectar os grupos humanos em situação de exclusão e dirigir as políticas públicas de modo a discriminá-los positivamente” (Westphal, 2006).
- 3) Intersetorialidade – uma vez que trabalhar a multicausalidade do processo saúde-doença é inerente, que seja feito de forma intersetorial. A intersetorialidade pressupõe que se analisem, estudem, percebam as questões que envolvem a saúde,



com um olhar múltiplo e amplo. É o que Westphal (2006, p. 655) chama de “reconhecer e cancelar a multiplicidade de olhares sobre a realidade complexa”.

- 4) Participação social - nas ações de promoção da saúde, deve-se incentivar a participação direta dos cidadãos no planejamento, execução e avaliação dos seus projetos (Westphal, 2006).
- 5) Sustentabilidade - criar iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e que garantam um processo duradouro e forte (Westphal, 2006).

Tais princípios orientadores das práticas se consistem em uma alusão importante para nortear os técnicos em suas ações de promoção de saúde. Este desafio imposto facilita a operacionalização destes princípios nas UBS, de maneira a guiar na edificação do conhecimento e à alternância do paradigma no que diz respeito a ter saúde.

Buscando referência nesses princípios e desenvolvendo técnicas bem conduzidas de educação em saúde, compreendemos a possibilidade de estabelecimentos de vínculos sociais com a população e suas formas culturais, enxergando a mudança de conhecimentos, populares e científicos, o fortalecimento técnico, e a maturidade política (Batistella, 2007).

Não resta dúvida, que a educação em saúde pensada sob a perspectiva da participação social, considerando a construção compartilhada dos saberes que fundamentam as visões de mundo das pessoas e respeitando esses saberes (Pedrosa, 2003), evidencia-se como importante estratégia de confirmação da promoção da saúde.

O uso de práticas educativas, com o intuito de promoção a saúde, das características de estilo de vida, dos hábitos e ambientes salutareos, passa, tão somente, pela aprendizagem de novas técnicas, comportamentos e gestos. Estas práticas educativas objetivavam fortalecer nas pessoas a prudência com sua própria saúde e pela saúde da coletividade a qual estão inseridos, e habilitá-las a participar da vida comunitária de uma forma mais participativa.

Em outras palavras, a educação em saúde deve auxiliar para que o indivíduo pratiquem o controle social no planejamento, na realização e fiscalização da qualidade das ações de Saúde Pública, observando um sistema de saúde público comprometido com as necessidades da população (Vasconcelos, 1998; Ministério da Saúde [MS], 2003; Valla 2001).

A partir desta perspectiva, as estratégias pedagógicas devem orientar o aumento da capacidade dos sujeitos de compreender a complexidade dos fatores de serem salutareos recaindo sobre eles (Batistella, 2007). Isto faz aparecer nas ações educativas em saúde



atravessadas por uma vasta concepção dos determinantes de saúde, que vão desde o cuidado com o corpo e com a gestão individual e coletiva dos processos de saúde e doença, até a visão de saúde ligada à terra, à moradia, às políticas agrícolas e sociais, ao meio ambiente, à qualidade de vida, educação, solidariedade, cooperação, arte, participação e cidadania. Portanto, sempre existirá obstáculos ao modelo de educação em saúde que está em vigor até, que tendo como finalidade a transmissão de informações sobre prevenção e controle de doenças (Reis, 2006).

A educação em saúde, empregada como estratégia para a promoção, deve ser compreendida como um espaço reflexivo, embasado em saberes técnico científicos e populares, importantes para o exercício democrático e para a produção de mudanças individuais e na comunidade. Também, pode intervir no resultado e implementação de políticas públicas, auxiliando para a transformação social (Alves, 2004).

Neste contexto, é cauteloso que a implantação de conhecimento seja de forma transversalizada condicionalizando o diálogo entre o saber instituído, produzido pela produção científica, suscetível a uma constante revisão, e o senso comum, concebido pela vivência cotidiana, fundamentada em relações perceptivas e afetivas, de significados próprios. Neste processo, os sujeitos terminam produzindo, numa ligação entre o individual e o coletivo, conhecimentos que são específicos e compartilhados, onde a tomada de atitudes tem papel significativo.

Deve-se destacar que as atividades educativas em saúde devem ser executadas em qualquer espaço social, uma vez que os horizontes da saúde são muito mais amplos que os da doença (Villa, 2006). A prática educativa toma, assim, a saúde integral como marco norteador, não se limitando às ações no âmbito da atenção primária, como geralmente é compreendida, mas incluindo os três campos de atenção (Villa, 2006). Entretanto, Vasconcelos (1996) pontua o campo da atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. A observação do autor é justificada pela particularidade desses serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais (Alves, 2005).

## **CAPÍTULO III**

---

### **DESIGN DA INVESTIGAÇÃO**

### **3.1 Questão da Investigação**

A questão de partida que norteou esta investigação foi a interrogação realizada para compreender de que maneira ocorre a gestão do programa Estratégia Saúde da Família na cidade de Maceió/AL.

### **3.2 Objetivos da Investigação**

#### *3.2.1 Objetivo Geral*

Compreender de que maneira os gerentes administrativos e médicos atuam junto à equipe multiprofissional da estratégia saúde da família, no atendimento das necessidades de saúde da população da área de abrangência.

#### *3.2.2 Objetivos Específicos*

- Levantar informações sobre o programa Estratégia Saúde da Família;
- Identificar o perfil dos gestores da ESF;
- Analisar a influência dessa gestão nos resultados das equipes da ESF.

### **3.3 Tipo de Investigação**

A partir da definição do objeto a ser investigado, faz-se necessária a demonstração da metodologia que foi adotada para esta investigação, bem como o esclarecimento pertinente aos instrumentos e técnicas de recolha de dados, bem como respectiva análise, para execução do escopo que se pretendeu.

Esta investigação é de natureza Quali-quantitativa. Conforme natureza do problema descrito nesta investigação, justifica-se essa metodologia pela análise mais detalhada das situações e atitudes observadas, das relações que se constituem entre os gerentes da ESF e as equipes multiprofissionais.

Gonçalves (2001) afirma que “cabe ao pesquisador esforçar-se para ampliar o conjunto de materiais disponíveis para dar conta de um entendimento amplo sobre o problema”. Partindo desse princípio, justifica-se a tipologia quantitativa pela utilização de

variáveis numéricas, as quais contribuíram para um estudo mais aprofundado do tema a que propôs esta investigação, bem como corresponder aos instrumentos aplicados, acrescentando-se aos elementos descritivos e discursivos, os estatísticos. Para Richardson (1999), "método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos".

Richardson (1999), conceitua o método *quantitativo* pela sua condição de quantificar no que se refere à coleta de informações e no seu tratamento; a partir da utilização de técnicas estatísticas, possibilitando a precisão de resultados quanto às inferências estabelecidas na pesquisa. Ressalta o seu uso em estudos descritivos que buscam "descobrir e classificar a relação entre variáveis" e os que "investigam a relação de causalidade entre fenômenos."

Por sua vez o método qualitativo, a qual tem por base a pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2001) favorece a valorização do universo correspondente ao espaço mais profundo das relações, aos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a simples operacionalizações de variáveis.

Nesse sentido, Lüdke e André (1986) complementam que neste tipo de pesquisa o ambiente natural deve ser a fonte direta dos dados coletados e o investigador o seu maior instrumento. Portanto, ela caracteriza-se por uma pesquisa indutiva, onde não há a preocupação de se comprovar hipóteses definidas *a priori*, uma vez que o foco de interesse pode ir se refinando e sendo reelaborado durante seu processo de pesquisa.

Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números, ou seja, não se pode determinar números a experiências vivenciadas.

### **3.4 Instrumentos de recolha de dados**

Em atendimento a dimensão quali-quantitativa da pesquisa, aplicamos um questionário aos profissionais das equipes multidisciplinares das UBS's já nomeadas neste trabalho. Segundo Barros e Lehfeld (1999), esse instrumento, "na abordagem quantitativa, pode ser considerado como um instrumento de medição confiável, válido e preciso, desde que tenha as questões fundamentais para se medir as variáveis".

Lakatos e Marconi (1991) definem questionário como um conjunto de perguntas, as quais devam ser respondidas por escrito, sem a presença do investigador.

Na visão de Richardson et.al (1995,1999), o questionário apresenta duas funções: descrever características e medir variáveis de grupos sociais. Destaca como vantagem, a condição de abordagem a um número grande de pessoas e ampla área geográfica e para maior liberdade de expressão dos entrevistados, poderá ser anônimo. Como problemas cita o fato de não se obter 100% das respostas, podendo causar "vieses na amostra".

### 3.5 Procedimentos de Análise de Dados

Utilizarmos a análise estatística, a partir dos dados coletados pelo questionário aplicado aos gerentes e as equipes multiprofissionais do programa ESF.

Para análise dos dados foi construído um banco de dados no programa EPI INFO o qual foi exportado para o SPSS onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil dos gerentes e profissionais avaliados, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Ainda, foram calculadas as distribuições das percepções dos gerentes e profissionais acerca da gestão, ferramentas, capacitações e impactos das UBS avaliadas. Ainda, foram calculadas as estatísticas mínimo, máximo, média e desvio padrão das variáveis quantitativas do estudo.

#### População e amostra das equipes de saúde

A população do estudo será composta por todos os profissionais que trabalham na ESF do município de Maceió – AL. Para determinação do tamanho da amostra foi utilizada a equação de cálculo de amostra para variável qualitativa em população finita dada por:

$$n = \frac{z^2 pqN}{d^2(N-1) + z^2 pq}$$

Em que,

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção esperada de profissionais que avaliam positivamente a gestão (p = 0,5);

q = proporção esperada de profissionais que avaliam negativamente a gestão (q = 1 – p = 0,05);

d = Margem de erro da estimativa (d = 0,07);

N = número total de profissionais cadastrados nas equipes de saúde da família.

Considerando um nível de confiança de 95%, proporção esperada de avaliação positiva de 5%, margem de erro da estimativa de 7% e o número de profissionais cadastrados

nas equipes de saúde da família igual  $N = 864$ , tem-se que o tamanho amostral necessário é de 160 profissionais, distribuídos por unidade e cargo da seguinte maneira:

**Tabela 1 - Distribuição dos profissionais das unidades de Saúde e por distrito, de acordo com o cálculo amostral**

Distritos	Médico	Enfermeiros	Agentes	Dentista	Técnico	Auxiliar
I	1	1	2	1	1	1
II	1	1	8	1	1	3
III	2	2	12	2	2	4
IV	1	1	9	1	1	3
V	1	1	9	1	1	3
VI	2	2	10	2	2	3
VII	3	3	20	3	3	7
VIII	2	2	10	2	2	3

Fonte: Elaborado pela autora

Para o processo de escolha destes profissionais entre as equipes de cada distrito será aplicado o plano de amostra aleatória simples em que serão sorteados os elementos que irão compor a amostra.

#### População e amostra dos gerentes

Para o estudo de avaliação dos gerentes acerca da gestão será aplicado a amostra censitária em que todos os gerentes das ESF farão parte do estudo. Logo, não é necessário o cálculo amostral uma vez que todos os elementos da população de estudo farão parte da amostra.

#### Critério de inclusão no estudo

- Aceitabilidade da participação da pesquisa
- O gestor deve ter no mínimo um ano de atuação

Gatti (2004) afirma que a busca por identificação de causas de fenômenos sociais revela o reconhecimento de que a realidade seja multicausal e que não se pode dar conta "de todas as possíveis causas de um fenômeno." Ressalta que as críticas aos métodos quantitativos, devem ser associadas ao fato de que os cientistas sociais, ao montarem "modelos multivariados de análise, estão sempre trabalhando com probabilidades causais"; portanto, não será possível explicar 100% da variação de um "fenômeno social (ou não), de

forma a dar conta de todas as variáveis que o impactam". Ainda assim, reconhece que o cientista social possa buscar

[...] respostas, a partir de tentativas aproximadas (ou às vezes direta) de mensuração dos fenômenos sociais e de explicações probabilísticas para os fenômenos, os quais ele está interessado em compreender. E todo o processo ocorre sempre de forma probabilística (nunca com 100% de certeza) e aproximada, posto que admitimos que a multicausalidade da maioria dos fenômenos jamais poderá ser acessada na sua plenitude (Gatti, 2004).

Falcão e Régnier (2000) ressalta que a investigação pelo método quantitativo envolve uma totalidade de procedimentos, de técnicas e de algoritmos, os quais auxiliarão o pesquisador quanto à extração de seus dados subsídios utilizados para obter respostas à(s) pergunta(s) estabelecidas como objetivo(s) da investigação. Lembram ainda

[...] que os métodos quantitativos de análise são recursos para o pesquisador, o qual deve saber lidar com eles em seu contexto de reflexão (num certo sentido deve dominá-los) e, não, submeter-se cegamente a eles, entendendo que o tratamento desses dados por meio de indicadores, testes de inferência, etc. oferecem indícios sobre as questões tratadas, não verdades; que fazem aflorar semelhanças, proximidades ou plausibilidades, não certezas (Falcão & Régnier, 2000, p. 232).

Gatti (2004) destaca que os estudos quantitativos que se utilizam de técnicas de análise mais sofisticadas, não são realizados por educadores, mas por investigadores de outras áreas que elegem como objeto a educação, a exemplo de economistas, físicos, estatísticos, sociólogos, psicólogos, entre outros.

## **CAPÍTULO IV**

---

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



#### 4.1 Sujeitos e lócus da investigação

Richardson (2011) define população como o "conjunto de elementos que possuem determinadas características"; denomina de *elemento* cada membro que constitui uma população ou universo. Ao se realizar o estudo de uma população, ou universo, define-se a amostra, ou seja, o subconjunto.

Considerando o referencial teórico apresentado e eleita a metodologia e quantitativa para a abordagem da investigação, cabe especificar os sujeitos desta investigação, nomeados por Richardson, supracitado, de universo ou população, os quais permitiram a execução dos propósitos definidos neste estudo.

O *lócus* desta investigação se constitui nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) através do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) nos 8 distritos sanitários de Maceió/AL.

Na tabela 2 temos a distribuição do perfil pessoal e profissional dos gerentes avaliados. Através dela verifica-se que a maioria dos gerentes é do sexo feminino (71,4%), possuem idade de 36 a 50 anos (44,0%), possui ensino superior (89,7%), é gerente administrativo (69,0%) dos quais 48,3% não possui formação na área da saúde, tem menos de 2 anos de serviço (41,4%), entrou no cargo através de indicação (78,6%), afirmou que não foi feita atividade de integração com a equipe da unidade (77,8%) e não participou de algum curso de gestão para o desempenho da atual função (53,6%). Ainda, 50% dos gerentes afirmaram que participou da capacitação prevista para o desempenho da função. Mesmo sendo verificada maior prevalência deste perfil, o teste de comparação de proporção foi significativo apenas nos fatores: sexo (p-valor = 0,023), grau de instrução (p-valor < 0,001), forma de ingresso (p-valor < 0,001) e promoção de atividade de integração com a equipe de saúde pela gestão municipal (p-valor = 0,004), indicando que existe uma prevalência relevantemente maior de gerentes do sexo feminino, com ensino superior, que entram na função por indicação e que afirmaram que não houve integração com a equipe da unidade realizada pela gestão municipal.

**Tabela 2 - Distribuição do perfil pessoal e profissional dos gerentes avaliados**

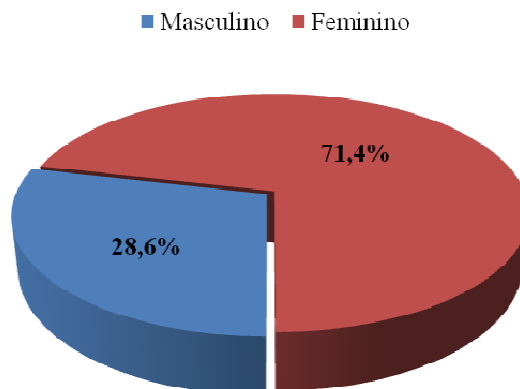
<b>Fator avaliado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	8	28,6	0,023
Feminino	21	71,4	
<b>Idade</b>			
Até 35 anos	10	40,0	0,179
36 a 50 anos	15	44,0	
51 ou mais	4	16,0	
<b>Grau de instrução</b>			
Ensino superior	26	89,7	<0,001
Pós-graduação	3	10,3	
<b>Profissão função</b>			
Gerente administrativo	20	69,0	0,041
Gerente médico	9	31,0	
<b>Formação</b>			
Médico	9	31,0	<0,001
Administradores	7	24,1	
Enfermeiro	3	10,3	
Assistente social	2	6,9	
Pedagogo	2	6,9	
Biomédico	1	3,4	
Farmacêutico	1	3,4	
Psicólogo	1	3,4	
Jornalista	1	3,4	
Gestão de empresa	1	3,4	
Relações Públicas	1	3,4	
<b>Área de formação</b>			
Saúde	15	51,7	0,853 <sup>1</sup>
Outras áreas	14	48,3	
<b>Tempo de serviço</b>			
Menos de 2 anos	12	41,4	0,343
2 anos	1	37,9	
Mais de 2 anos	6	20,7	
<b>Forma de ingresso</b>			
Concurso	2	7,1	<0,001
Indicação para o cargo	23	78,6	
Concurso e indicação para o cargo	4	14,3	
<b>Participou da capacitação previa para o desempenho da função</b>			
Sim	14	50,0	1,000
Não	15	50,0	
<b>Foi promovida pela gestão municipal atividade de integração com a equipe da unidade</b>			
Sim	6	22,2	0,004
Não	23	77,8	
<b>Participa/participou de algum curso de gestão para o desempenho da atual função</b>			
Sim	13	46,4	0,705
Não	16	53,6	

<sup>1</sup>p-valor do teste de comparação de proporção (Se p-valor < 0,05 as proporções encontradas nos níveis do fator avaliado difere significativamente).

Fonte: Elaborado pela autora

A figura a seguir apresenta a distribuição dos sujeitos da investigação no que diz respeito à categoria de gênero:

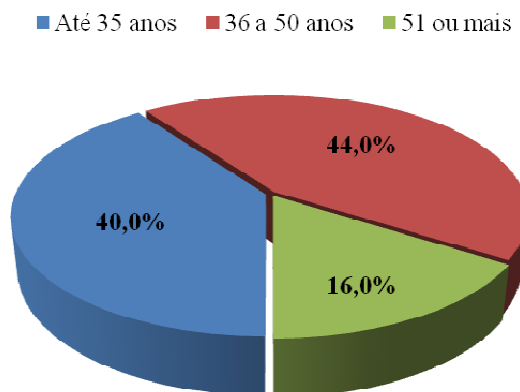
**Figura 1 - Distribuição dos gerentes segundo o sexo**



Fonte: Elaborado pela autora

Abaixo temos a representação gráfica da distribuição dos participantes do estudo por faixa etária:

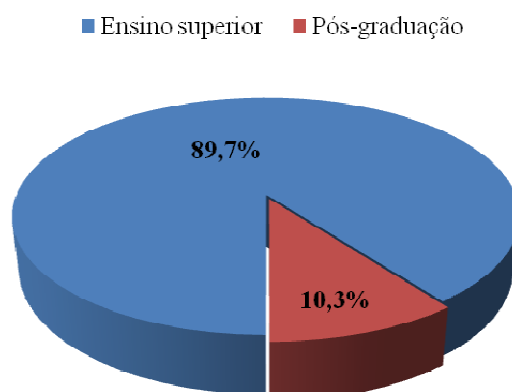
**Figura 2 - Distribuição dos gerentes segundo a faixa etária.**



Fonte: Elaborado pela autora

Um dado que nos chamou a atenção no tocante a caracterização dos sujeitos da pesquisa foi o que diz respeito ao nível de formação, conforme é apresentado logo abaixo:

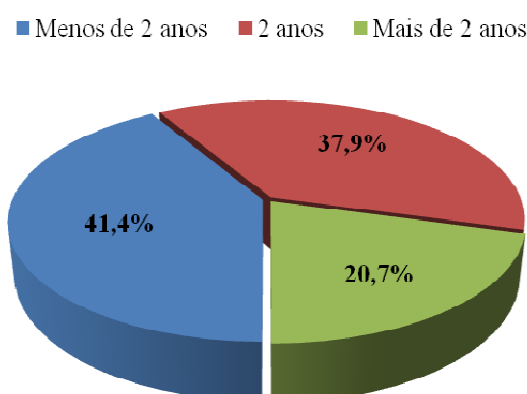
**Figura 3 - Distribuição dos gerentes segundo a titulação.**



Fonte: Elaborado pela autora

Como um dos critérios relevantes para a investigação, apresentamos a distribuição dos gerentes segundo o tempo de serviço, como segue:

**Figura 4 - Distribuição dos gerentes segundo o tempo de serviço.**

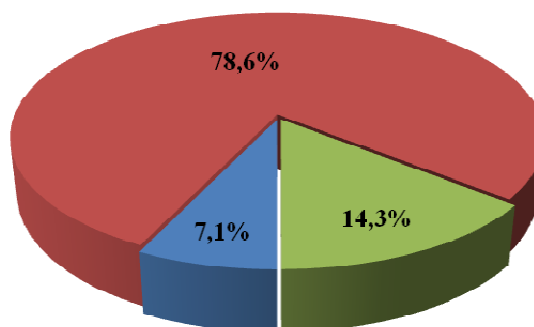


Fonte: Elaborado pela autora

Outro dado importante diz respeito a forma de ingresso no programa Estratégia Saúde da Família, que está representado na fig.5, onde nos chama a atenção o fato de a maioria dos gerentes ingressaram no cargo por indicação, não deixando esclarecido o caráter meritocrático para o cargo.

**Figura 5 - Distribuição dos gerentes segundo a forma de ingresso**

■ Concurso ■ Indicação para o cargo ■ Concurso e indicação para o cargo

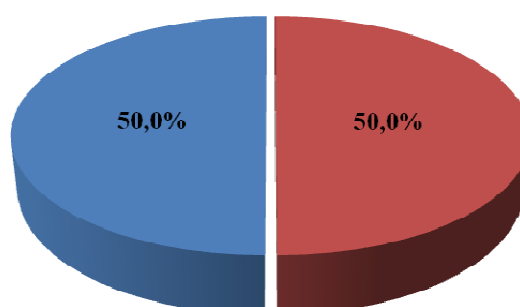


Fonte: Elaborado pela autora

Um fator que reflete diretamente nos resultados do estudo é o fato dos investigados terem algum tipo de capacitação para exercício da função que eles ocupam dentro do programa ESF.

**Figura 6 - Distribuição dos gerentes segundo a participação da capacitação prévia para o desempenho da função.**

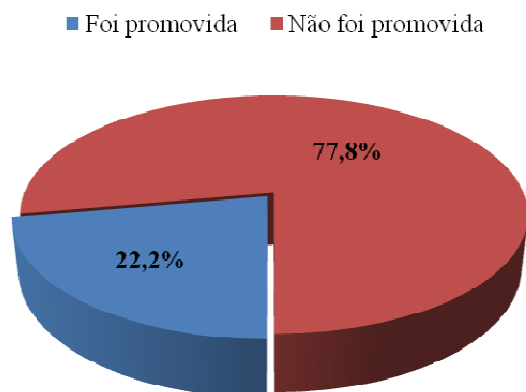
■ Participou ■ Não participou



Fonte: Elaborado pela autora

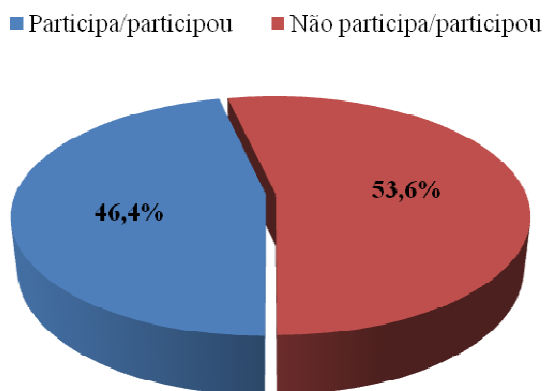
Abaixo temos as figuras 7 e 8, caracterizando que não foi promovida integração desses gerentes com a equipe da unidade de saúde pela gestão municipal e que a maioria não participou de algum curso para o desempenho da função, respectivamente.

**Figura 7 - Distribuição dos gerentes segundo a promoção da atividade integrativa com a equipe da unidade pela gestão municipal.**



Fonte: Elaborado pela autora

**Figura 8 - Distribuição dos gerentes segundo a participação em algum curso para o desempenho da atual função**



Fonte: Elaborado pela autora

Levando em consideração os dados apresentados na Tabela 2 podemos verificar que a formação dos gerentes, mesmo sendo de nível superior/pós-graduação, não coincide com a área de atuação da função gerente da ESF, uma vez que o conhecimento dos procedimentos e realidades da assistência à saúde não são corriqueiros no dia-dia destas formações. Além disso, a maioria dos gerentes não foram integrados à equipe de saúde o que diminui ainda mais a aproximação destes às ferramentas necessárias para a o serviço de gestão.

A partir dessa constatação poderíamos inferir que os gerentes estão preparados no que diz respeito a sua formação para gerenciarem os programas da ESF? Essa formação identificada na investigação lhes proporcionou competências gerenciais ou somente foram desenvolvidos aspectos técnicos ligados as suas respectivas áreas de formação na área da saúde? Essa é uma questão importante para ser levada em consideração, pois de forma muito evidente compreendemos que aspectos gerenciais precisam ser mais bem desenvolvidos na formação daqueles profissionais que desenvolvem atividades de gestão.

Aliado a questão da formação, outra categoria ficou bastante definida na pesquisa que foi a relacionada ao tempo de atividade na função desenvolvida pelos gerentes. O tempo no exercício de uma determinada função se configura como um dos elementos ligados a experiência no trabalho o que remete a um fator de distinção no exercício de uma determinada tarefa. No caso do exercício da função gerencial, essa característica é bastante estimada no mundo do trabalho se tornando um fator decisivo para o exercício da atividade de gestão.

Esses dados nos mostra alguns aspectos que são relevantes para esta investigação. O primeiro deles é que o critério de escolha e permanência no cargo gerencial no programa ESF sofre grande influência do critério político uma vez que a maioria dos cargos de gestão é ocupado por indicação, grande parte dos gerentes não participa de capacitação e não é integrado à ESF no início das atividades, além de não realizar nenhum curso de gestão, o que reforça a idéia de que a questão meritocrática na mudança na gestão pública do serviço de saúde da cidade de Maceió/AL não interfere de maneira decisiva na manutenção dos gerentes do ESF. Nesse sentido, verificamos que não são utilizados parâmetros técnicos para a manutenção da gerência, levando a acreditar que o critério técnico não se sobressai em relação às demandas políticas envolvidas num cargo gerencial no serviço de saúde da cidade de Maceió/AL.

O segundo aspecto que podemos destacar é o fato de que muitos profissionais no nível de gerência não conseguem permanecer numa mesma função por mais de 2 anos mostrando que mesmo cumprindo as metas e objetivos que lhe são colocados como tarefas, eles estão expostos à retirada do cargo sem parâmetros definidos. Assim, podemos constatar que os resultados alcançados pelo programa ESF não tem uma relação direta com os resultados da gerência quando há mudança de governo uma vez que a mesma é definida por indicação e não por concurso.

As alterações na compreensão do “fazer” no processo de gerenciamento da ESF vêm ocorrendo lentamente. Pesquisas têm mostrado que essas diretrizes vêm mudando e

propiciando uma compreensão mais ampliada do sistema de saúde e seus princípios à complexidade das esferas gerenciais e de atendimento assistencial.

Do ponto de vista da formação profissional, as Diretrizes Curriculares Nacionais para Formação de Profissionais na área da saúde, datada do ano de 2001 (sendo a nº3, CNE/CES de 7 de novembro de 2001, específica para a enfermagem), determinam o estágio curricular da área de saúde coletiva com 400 horas a serem vivenciadas em UBS com ESF. As demais diretrizes também contemplam esse conteúdo, porém de forma menos contundente.

No tocante aos gerentes, as pesquisas apontam que estes deverão adquirir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades para desenvolver as pessoas e levá-las a realizar a contento suas responsabilidades no atendimento à população, ao paciente e à família.

O bom andamento dos acontecimentos corre em paralelo às atividades assistenciais, reuniões administrativas de equipe, estar a par do diagnóstico da comunidade e epidemiológico, visando à definição da necessidade da população em relação aos assuntos que requerem planejamento e execução das atividades educativas, assistenciais e gerenciais.

Outra constatação é a compreensão da lógica do trabalho em equipe (o processo de trabalho horizontalizado), proporcionando a visão gerencial mais integralizada, levando em conta as necessidades de aproximação do profissional com a comunidade.

#### **4.2 Fatores que influenciam no gerenciamento de uma Unidade Básica de Saúde na percepção dos gerentes**

No tópico anterior quando analisamos o perfil dos gerentes da ESF em Maceió/AL, verificamos alguns fatores que pode influenciar nos resultados do gerenciamento das UBS. Vamos agora analisar os fatores relacionados à gestão que podem influenciar nos resultados do gerenciamento.

Na tabela 3 temos a distribuição do grau de importância dada pelos gerentes aos fatores para o desempenho da gerência na UBS. Através dela verifica-se que em todos os fatores avaliados gerentes mais de 92% dos gerentes concordaram que tal fator é importante. Ainda, os fatores que os consideram mais importante para tal desempenho são: políticas públicas de saúde, gestão pública, relações interpessoais, capacitação em saúde da família, modelos de atenção à saúde e gestão de resultados (todos obtiveram 100% de concordância total/concordância dos gerentes).



**Tabela 3 - Distribuição do grau de importância dos fatores para o desempenho da gerência na UBS, segundo os gerentes.**

<b>Fatores avaliados</b>	<b>Muito Importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Pouco Importante</b>	<b>Sem Importância</b>
1.Políticas Públicas de saúde	24(82,8%)	5(17,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)
2.Gestão de pessoas	16(55,2%)	12(41,4%)	1(3,4%)	0(0,0%)
3.Gestão pública	16(55,2%)	13(44,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)
4.Relações interpessoais	20(69,0%)	9(31,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
5.Liderança em saúde	13(46,4%)	13(46,4%)	2(7,2%)	0(0,0%)
6.Capacitação em saúde da Família	17(58,6%)	12(41,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)
7.Planejamento em Saúde	18(64,3%)	9(32,1%)	1(3,6%)	0(0,0%)
8.Sistema de informações	10(35,7%)	17(60,7%)	1(3,6%)	0(0,0%)
9.Modelos de Atenção à saúde	12(41,4%)	17(58,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)
10.Gestão de resultados	11(39,3%)	17(60,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)

Fonte: Elaborado pela autora

Os resultados obtidos com os gerentes que participaram da pesquisa e que estão apresentados na Tabela 3 e representados na Figura 9 demonstram em nossa análise uma estreita relação com o nível de formação dos gerentes que discutimos no tópico anterior.

Notemos que todos os aspectos elencados como sendo muito importante para a o desempenho na gestão das Unidades Básicas de Saúde obtiveram mais de 90% de concordância entre os participantes da investigação, e destes, 6 obtiveram unanimidade entre todos os investigados: políticas públicas de saúde, gestão pública, relações interpessoais, capacitação em saúde da família, modelos de atenção a saúde.

**Figura 9 - Prevalência de concordância total/concordância dos gerentes acerca dos fatores para o desempenho da gerencia na UBS.**



Fonte: Elaborado pela autora

Todos esses aspectos verificados na pesquisa entre os gerentes, estão ligados diretamente a uma visão gerencial tecnicista centrada no método e numa forte ênfase na gestão (pública, resultados, pessoas, etc.).

São condições imprescindíveis ao profissional que for gerenciar uma UBS de Saúde da Família (Ramos, 2009):

- Saber lidar com uma gama de acontecimentos inesperados com usuários na UBS ou no domicílio;

- Relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais;
- Estar a par de procedimentos médicos assistenciais;
- Intermediar possíveis conflitos em situações inter-relacionais.

As atividades inerentes ao gerente também incluem as ações previstas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje também chamado Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que atribui ao enfermeiro diversas atividades de gerenciamento, principalmente na condução dos ACS e profissionais de enfermagem na ESF.

A tarefa de gerir é comum ao médico, quando planeja ações voltadas para os ciclos de vida, bem como ao odontólogo, quando planeja ações voltadas à saúde bucal também nos ciclos de vida.

Portanto, embora cada profissional deva executar atividades de gerenciamento segundo suas especificidades, é necessário a todos conhecer os pressupostos da Estratégia Saúde da Família e como alcançá-los junto aos seus funcionários e à população.

O gerente desempenha o papel de harmonizar o trabalho dessa equipe multiprofissional, e a ESF deve participar ativamente dos processos de planejamento a fim de contemplar as necessidades da população e da equipe de trabalho. Mas também participa ativamente das ações de saúde planejadas para a assistência à população em conjunto com toda equipe multiprofissional.

#### **4.3 A influência da gestão nos resultados da Estratégia Saúde da Família em Maceió/AL, na percepção dos gerentes.**

De forma geral, os que gerentes participaram da investigação concordaram com a importância dos processos de gestão para os resultados das Unidades Básicas de Saúde da ESF. Esses resultados estão demonstrados na tabela 4 e na figura 10.

Na tabela 4 temos a distribuição da concordância dos gerentes acerca da influência da gestão na atuação das gerências nas USB. Através dela observa-se que a percepção mais prevalente dos gerentes é de que a gestão pode ser melhorada (96,3%), é indispensável (84,7%), é determinante (84,7%) e contribui diretamente na qualidade do serviço (84,7%). Ainda, a percepção menos citada pelos profissionais é de que não há relação entre a gestão e a atuação da gerência (7,6%), que possui pouca influência (26,9%) e que contribui negativamente (34,6%).

**Tabela 4 - Distribuição da concordância dos gerentes acerca da influência da gestão na atuação das gerências nas UBS.**

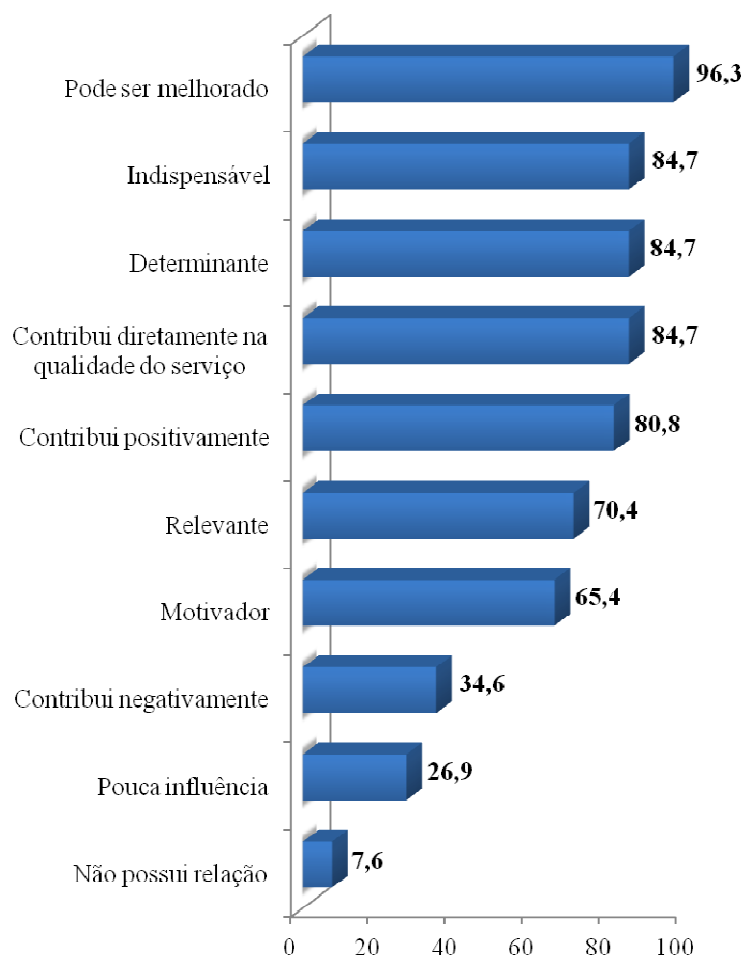
<b>Percepção avaliada</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1.Relevante	11(40,8%)	8(29,6%)	6(22,2%)	2(7,4%)
2.Indispensável	9(34,6%)	13(50,1%)	3(11,5%)	1(3,8%)
3.Pouca influência	2(7,7%)	5(19,2%)	13(50,0%)	6(23,1%)
4. Motivador	3(11,5%)	14(53,9%)	8(30,8%)	1(3,8%)
5.Determinante	8(30,8%)	14(53,9%)	3(11,5%)	1(3,8%)
6.Contribui diretamente na qualidade do serviço	10(38,5%)	12(46,2%)	3(11,5%)	1(3,8%)
7.Não possui relação	1(3,8%)	1(3,8%)	14(53,9%)	10(38,5%)
8.Pode ser melhorado	16(59,3%)	10(37,0%)	0(0,0%)	1(3,7%)
9.Contribui positivamente	3(11,5%)	18(69,3%)	3(11,5%)	2(7,7%)
10.Contribui negativamente	3(11,5%)	6(23,1%)	12(46,2%)	5(19,2%)

Fonte: Elaborado pela autora

É interessante perceber que há uma leitura crítica por parte dos gerentes a respeito das ferramentas de gestão que são utilizadas no gerenciamento das UBS. Essa afirmação pode ser verificada quando constatamos que 96,3% dos pesquisados informam que a gestão pode ser melhorada. Essa é uma informação relevante, pois demonstra que os gerentes conseguem fazer uma auto avaliação que assume aspectos que apontam para tomadas de decisão no sentido de promover uma melhoria contínua do processo gerencial.

Essa constatação aparece em concordância com as afirmações de que a gestão é indispensável, determinante e contribui diretamente para a qualidade do serviço para 84% dos gerentes pesquisados. Vejamos a figura 12 a seguir:

**Figura 10 - Prevalência da concordância total/concordância dos coordenadores acerca da influência da gestão na atuação das gerências nas UBS.**



Fonte: Elaborado pela autora

Esses dados nos mostram a relevância das ferramentas de gestão dentro das UBS e como elas influenciam nos resultados da ESF. Essa é uma questão importante de ser ressaltada, pois há uma tendência a se pensar que o serviço público é ineficiente e por isso os seus resultados não são alcançados, caracterizando um cenário de recursos humanos e materiais na “coisa” pública, que a partir da experiência da gestão nas UBS da Estratégia Saúde da Família da cidade de Maceió/AL, percebemos que há experiências exitosas. Neste estudo foram avaliadas as ferramentas que os gerentes acham pertinente, porém, não foi possível avaliar se o uso destas ferramentas é rotineiro na administração das ESF.

Outro dado relevante é a identificação das ferramentas de gestão que tem contribuído para o êxito da gestão das Unidades Básicas de Saúde. Na tabela 5 temos a distribuição do grau de concordância dos gerentes acerca das ferramentas necessárias para uma boa gestão da UBS em que atua. Através dela verifica-se que em todas as ferramentas 100,0% dos gerentes concordaram/ concordaram totalmente com a necessidade das ferramentas, exceto na ferramenta: plano e metas, fluxo de processos e manuais de instruções (96,4%, 96,4% e 81,4% de concordância/concordância total, respectivamente).

**Tabela 5 - Distribuição do grau de concordância dos gerentes acerca das ferramentas necessárias para uma boa gestão da UBS em que atua.**

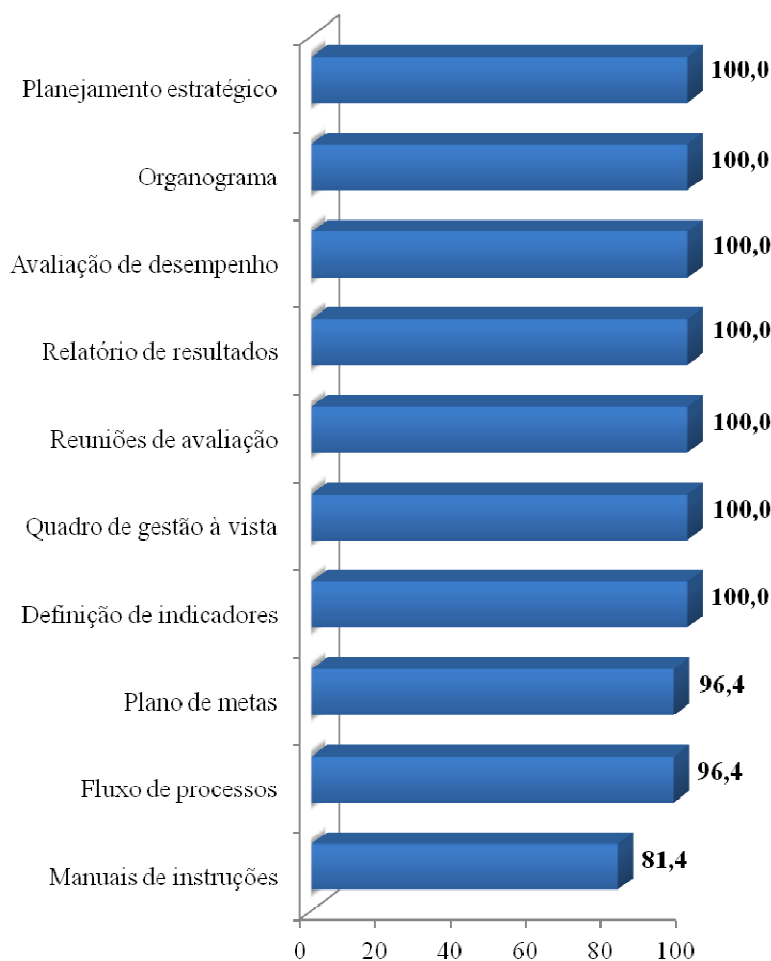
<b>Ferramentas avaliadas</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1.Planejamento estratégico	23(82,1%)	5(17,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)
2.Plano de metas	20(71,4%)	7(25,0%)	1(3,6%)	0(0,0%)
3.Organograma	11(39,3%)	17(60,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)
4.Fluxo de processos	10(35,7%)	17(60,7%)	1(3,6%)	0(0,0%)
5.Manuais de instruções	9(33,3%)	13(48,1%)	5(18,5%)	0(0,0%)
6.Avaliação de desempenho	16(57,1%)	12(42,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)
7.Relatório de resultados	16(57,1%)	12(42,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)
8.Reuniões de avaliação	21(75,0%)	7(25,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
9.Quadro de gestão à vista	6(22,2%)	21(77,8%)	0(0,0%)	0(0,0%)
10.Definição de indicadores	12(44,4%)	15(55,6%)	0(0,0%)	0(0,0%)

Fonte: Elaborado pela autora

Quando foram apresentadas as ferramentas de gestão para os gerentes das UBS se posicionarem sobre a importância delas para um bom gerenciamento, verificamos que todos os gerentes foram unânimes em estabelecer as ferramentas tidas como clássicas como relevantes, a saber: planejamento estratégico, organograma, avaliação de desempenho, relatório de resultados, reuniões de avaliação, quadro de gestão à vista e definição de indicadores. Mesmos sendo verificada alto grau de importância dada pelos gerentes a estas ferramentas, não foi possível afirmar se o uso das mesmas é realizado no cotidiano do exercício da função.

Vejamos a figura 11.

**Figura 11 - Prevalência da concordância total/concordância dos gerentes acerca das ferramentas necessárias para uma boa gestão da UBS em que atua**



Fonte: Elaborado pela autora

Diante desses dados podemos verificar pelo menos duas questões. A primeira delas é a concordância dos gerentes com a necessidade do uso dessas ferramentas de gestão. Algo bastante importante, pois demonstra a boa intenção gerencial que estes gerentes possuem, pois acredita num cenário de uma gestão que está baseada em questões objetivas e mensuráveis, o que é tão significativo em qualquer processo de gestão. Uma segunda questão que podemos observar diz respeito ao fato que essas ferramentas além serem reconhecidas pelos gerentes, eles acreditam que o uso prático dessas ferramentas torna a gestão muito mais profissional e

com condições de apresentarem bons resultados. Apesar destas ferramentas serem conhecidas a pesquisa não detectou se elas fazem parte da prática gerencial desses gerentes.

Mesmo as ferramentas que não apresentaram unanimidade entre os pesquisados tiveram um percentual muito alto de aceitação, como o plano de metas e o fluxo de processos que obtiveram 96,4% e os manuais de instruções com 81,4%. Isso demonstra que há um equilíbrio entre o papel e a relevância de cada uma dessas ferramentas e como elas estão distribuídas de forma equiparadas dentro do processo de gestão. Dessa forma verificamos que, na opinião dos gerentes nas UBS, os resultados positivos possui uma relação direta com a utilização dessas ferramentas gerenciais que deveriam ser utilizadas em todo processo de gestão dentro da Estratégia Saúde da Família.

#### **4.4 O perfil dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família em Maceió/AL**

A pesquisa científica se caracteriza por um conjunto de etapas que precisam ser bem orquestradas levando em consideração a questão ou questões que justificam o empreendimento investigativo. Essas etapas por sua vez devem apresentar uma coerência interna no sentido de alcançar os objetivos que foram propostos. É a partir dessa premissa que estruturamos a análise desta investigação em duas etapas. A primeira trata de identificar a percepção dos gerentes da ESF acerca dos procedimentos e ferramentas utilizadas. A segunda etapa pretende avaliar a percepção dos profissionais que compõem a ESF acerca dos procedimentos e ferramentas utilizadas pelos gerentes da ESF da cidade de Maceió/AL, pois temos a compreensão de que a avaliação do ponto de vista dos dois pólos seja relevante para identificar o que de fato ocorre na gestão das ESF. Antes de avaliar a percepção dos profissionais vamos caracterizar este grupo de estudo.

Na tabela 6 temos a distribuição do perfil dos profissionais avaliados. Através dela verifica-se que a maioria dos profissionais possui ensino superior (61,1%) e trabalham na instituição a mais de 10 anos (56,1%). Ainda, o teste de comparação de proporção foi significativo nos dois fatores avaliados ( $p\text{-valor} < 0,001$ ) indicando que o perfil descrito é significativamente maior do que os demais. Além disso, o profissional com menor tempo de trabalho possui 2 anos e o com maior tempo possui 30 anos. Em média, os profissionais possuem 13 anos com desvio padrão de 6,1 anos.



**Tabela 6 - Distribuição do perfil dos profissionais avaliados.**

Fator avaliado	N	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Grau de instrução</b>			
Ensino médio	35	31,0	<0,001
Ensino superior	69	61,1	
Especialização	3	2,7	
Mestrado	6	5,3	
<b>Tempo de função</b>			
Até 5 anos	16	14,0	<0,001
Mais de 5 a 10 anos	34	29,8	
Mais de 10 anos	64	56,1	
Mínimo	2 anos	-	-
Máximo	30 anos	-	-
Média±Desvio padrão	13 anos ± 6,1 anos	-	-

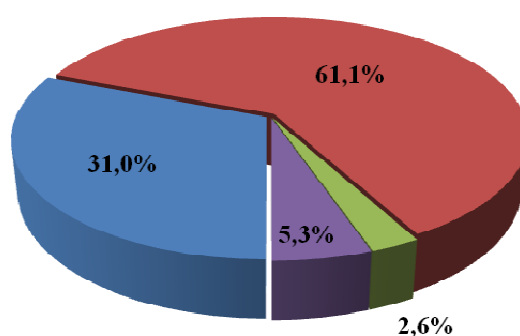
<sup>1</sup>p-valor do teste de comparação de proporção (Se p-valor < 0,05 as proporções encontradas nos níveis do fator avaliado difere significativamente).

Fonte: Elaborado pela autora

Vejamos esses dados representados de forma gráfica:

**Figura 12 - Distribuição dos profissionais segundo o grau de instrução.**

■ Ensino médio ■ Ensino superior ■ Especialização ■ Mestrado



Fonte: Elaborado pela autora

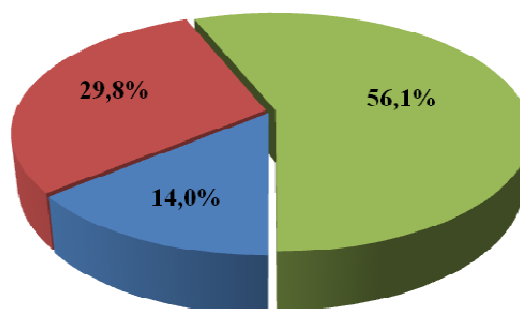
Considerando os dados da tabela 6 e figura 12 foi verificado um grande número de profissionais com nível superior entre os membros da Equipe de Saúde da Família mesmo sendo conhecido que a equipe de saúde, em sua maioria, possui profissionais com exigência média de escolaridade para o desempenho das funções. Tal discrepância do que é pré-

determinado para ESF e o que é verificado na prática ocorre pelo fato dos profissionais de nível médio, que estão concluindo ou já concluíram o ensino superior, atribuírem essa graduação ao cargo que possui na equipe. Essa característica mostra que boa parte dos profissionais obtém formação superior que não são necessárias para o desenvolvimento da sua função na ESF.

Na figura abaixo apresentamos como está configurado o perfil dos profissionais que participaram do estudo no tocante ao tempo que estão no exercício da função na ESF. A partir desses dados verificamos que 85,9% dos profissionais possuem mais de 5 anos no exercício da função e que destes, 56,1% possuem mais de 10 nos.

**Figura 13 - Distribuição dos profissionais avaliados segundo o tempo de função.**

■ Até 5 anos    ■ Mais de 5 a 10 anos    ■ Mais de 10 anos



Fonte: Elaborado pela autora

Na continuidade da análise dos resultados obtidos na pesquisa de campo com os gerentes, discutiremos agora o tipo de gestão empregada nas UBS a partir da percepção dos 113 profissionais da Estratégia Saúde da Família que participaram da investigação.

Essa etapa da análise é importante, pois avaliamos a percepção dos profissionais que fazem parte das equipes da ESF em relação a gestão que tem sido empregada nas UBS da cidade de Maceió/AL. Ou seja, no primeiro momento da análise do trabalho verificamos a percepção dos gerentes e a partir de agora analisamos a visão dos profissionais que são impactados por essa gestão.

Na tabela 7 temos a distribuição da percepção dos profissionais acerca da gestão empregada na UBS. Através dela verifica-se que a percepção em que os profissionais mais concordaram totalmente/concordaram foram: humanitário (74,8%), aberto à sugestões (73,9%) e democrático (73,7%). Ainda, as percepções menos citadas pelos profissionais foram: sem unidade de direção (26,1%), autoritário (32,4%) e despreparado (33,4%).

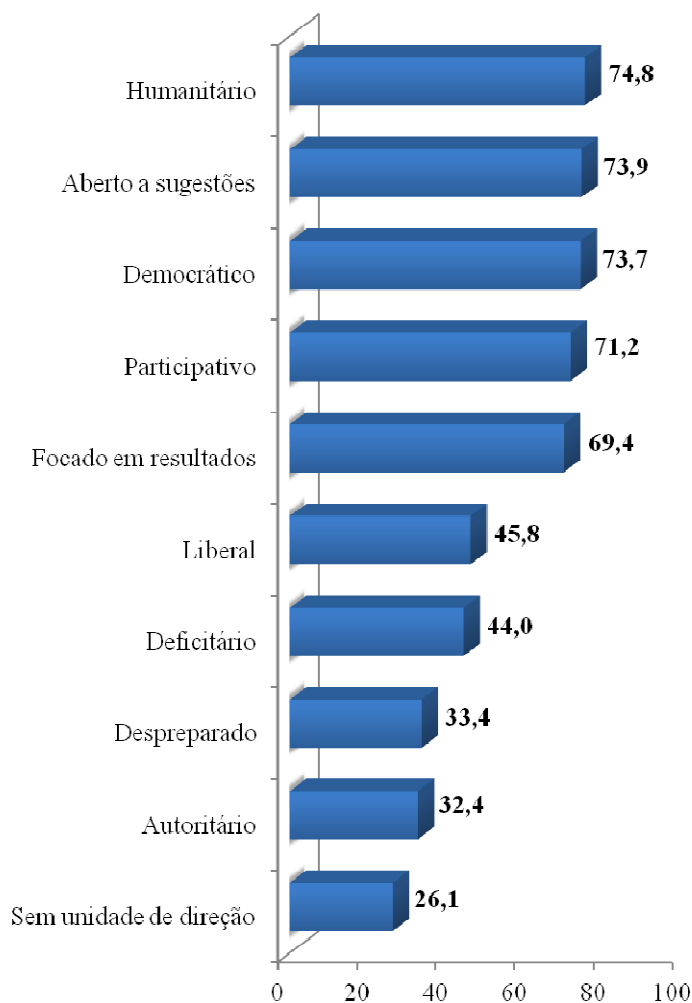
**Tabela 7 - Distribuição da percepção dos profissionais acerca da gestão empregada na UBS.**

<b>Ferramentas avaliadas</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1.Participativo	28(25,2%)	51(46,0%)	25(22,5%)	7(6,3%)
2.Focado em resultados	25(22,5%)	52(46,9%)	29(26,1%)	5(4,5%)
3.Autoritário	12(10,8%)	24(21,6%)	45(40,6%)	30(27,0%)
4.Aberto a sugestões	33(29,7%)	49(44,2%)	22(19,8%)	7(6,3%)
5.Democrático	28(25,5%)	53(48,2%)	23(20,9%)	6(5,4%)
6.Humanitário	36(32,4%)	47(42,4%)	22(19,8%)	6(5,4%)
7.Liberal	8(7,5%)	41(38,3%)	46(43,0%)	12(11,2%)
8.Sem unidade de direção	5(4,5%)	24(21,6%)	51(46,0%)	31(27,9%)
9.Despreparado	7(6,5%)	29(26,9%)	44(40,7%)	28(25,9%)
10.Deficitário	11(10,1%)	37(33,9%)	34(31,2%)	27(24,8%)

Fonte: Elaborado pela autora

Diante das questões que foram identificadas e apresentadas na Tabela 7 e figura 14 podemos destacar preliminarmente que para os profissionais que são afetados pelo modelo de gestão empregado nas UBS eles têm uma perspectiva que a prática gerencial é mais centrada nas pessoas do que nos processos. Chegamos a essa constatação quando verificamos que para os 74,8% dos pesquisados a gestão possui uma característica humanitária em relação a 69,4 que indicam que percebem a gestão como tendo foco nos resultados, ou seja, nos processos.

**Figura 14 - Prevalência da concordância total/concordância dos profissionais acerca dos parâmetros avaliados quanto à gestão empregada na UBS**



Fonte: Elaborado pela autora

Essa percepção também encontra referencia quando os pesquisados identificaram a gestão como sendo aberta a sugestões (73,9%), democrática (73,7%) e participativa (71,2%). Uma das razões que verificamos para essa percepção tem relação também com a boa formação desses profissionais em relação ao perfil dos gerentes. Entre esses profissionais 69,1% (ver tabela 3) possuem formação superior o que estabelece uma relação de autonomia crítica no que diz respeito ao modelo de gestão empregado na ESF. Por outro lado, esse alto índice de formação entre esses profissionais estabelece uma situação bastante favorável para

os gerentes conseguirem efetivarem suas políticas de gestão e emprego das ferramentas gerenciais.

Continuando a análise dos dados a partir da ótica dos profissionais das equipes multiprofissionais da ESF, avaliamos a percepção deles em relação às ferramentas de gestão utilizadas no gerenciamento das UBS.

Na tabela 8 temos a distribuição do grau de necessidade dada pelos profissionais às ferramentas utilizadas para uma boa gestão da UBS. Através dela verifica-se que as três ferramentas consideradas mais necessárias pelos profissionais são: planejamento estratégico (96,4%), organograma (95,5%) e plano de metas (94,6%). As ferramentas com menos prioritárias pelos profissionais são: manuais de instrução (74,6%), quadro de gestão à vista (90,9%) e avaliação de desempenho (90,9%).

Verificamos que há certa variação do grau de relevância que é dado as ferramentas quando comparamos com a visão dos gerentes, mas que de forma geral essa variação não interfere ou altera uma perspectiva geral que evidenciamos na visão da gestão das UBS. Essas ferramentas são conhecidas e utilizadas no processo de gestão, apenas assumem “pesos” diferentes quando comparamos a perspectiva dos com a dos profissionais que participam da ESF e que contribuíram com esse estudo.

Vejamos as principais evidências e possibilidade de relações entre essas ferramentas na tabela 8 a seguir.

**Tabela 8 - Distribuição do grau de necessidade dada pelos profissionais às ferramentas utilizadas para uma boa gestão da UBS**

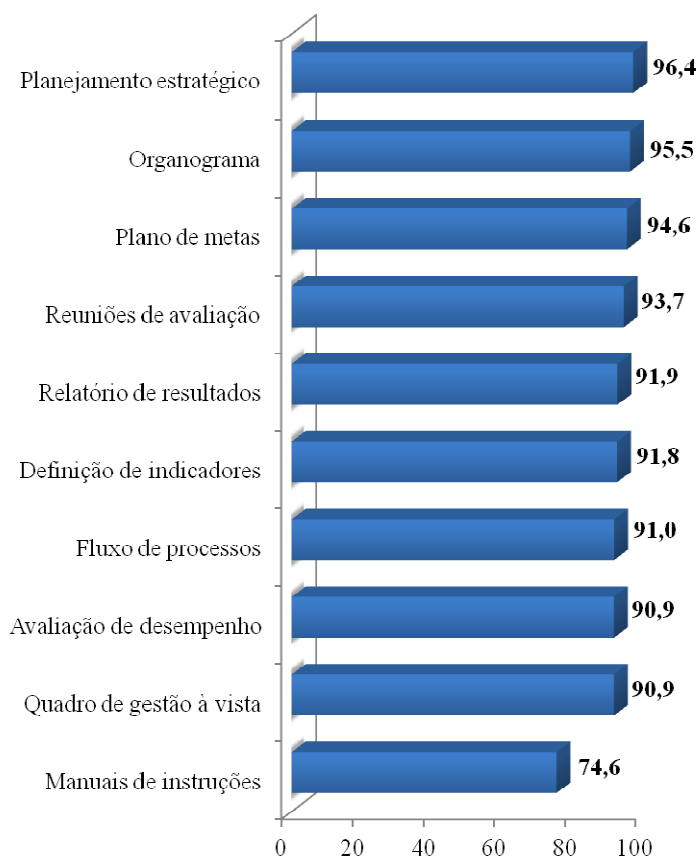
<b>Ferramentas avaliadas</b>	<b>Muito Importante</b>	<b>Importante</b>	<b>Pouco Importante</b>	<b>Sem Importância</b>
1.Planejamento estratégico	85(76,6%)	22(19,8%)	2(1,8%)	2(1,8%)
2.Plano de metas	72(65,5%)	32(29,1%)	5(4,5%)	1(0,9%)
3.Organograma	60(54,1%)	46(41,4%)	5(4,5%)	0(0,0%)
4.Fluxo de processos	45(40,5%)	56(50,5%)	8(7,2%)	2(1,8%)
5.Manuais de instruções	42(38,2%)	40(36,4%)	23(20,9%)	5(4,5%)
6.Avaliação de desempenho	49(44,5%)	51(46,4%)	7(6,4%)	3(2,7%)
7.Relatório de resultados	50(45,0%)	52(46,9%)	7(6,3%)	2(1,8%)
8.Reuniões de avaliação	67(60,4%)	37(33,3%)	3(2,7%)	4(3,6%)
9.Quadro de gestão à vista	40(36,4%)	60(54,5%)	9(8,2%)	1(0,9%)
10.Definição de indicadores	51(45,9%)	51(45,9%)	7(6,4%)	2(1,8%)

Uma questão que podemos identificar de forma primeira é a importância que tanto os gerentes como os profissionais das equipes da ESF atribuem a estrutura organizacional em que as UBS estão dispostas. Essa percepção pode ser verificada pelo fato que o item organograma teve sua relevância definida pelos profissionais como 95,5% assumindo a segunda mais percebida, da mesma forma que os gerentes também tiveram essa percepção. Diante dessa constatação podemos verificar que para os sujeitos pesquisados neste estudo os papéis de cada profissional precisam está bem definidos e cada um deve ter a consciência de suas funções dentro do processo de gestão das UBS.

Por sua vez, verificamos um dado importante que está relacionado a questão da avaliação de desempenho, onde para os gerentes essa é uma ferramenta de extrema relevância e para os profissionais que são os agentes avaliados no processo, essa ferramenta aparece com 90,9% ficando apenas na oitava posição no aspecto de relevância para a gestão. Com isso percebemos que por mais que os objetivos sejam comuns dentro do processo de gestão, o “lugar” onde cada profissional fala, influencia a sua percepção quando se é gestor ou quando se é gerido pelas ações desse gestor.

Vejamos a figura 15:

**Figura 15 - Prevalência do grau de importância total/importância dada pelos profissionais avaliados às ferramentas utilizadas para uma boa gestão da UBS.**



Fonte: Elaborado pela autora

Os outros itens apontados pelos profissionais das equipes multiprofissionais da ESF são o plano de metas com 94,6%, reuniões de avaliação com 93,7%, relatório de resultados com 91,9%, definição de indicadores com 91,8%, fluxo de processos com 91,0%, quadro de gestão a vista com 90,9% e manuais de instruções com 74,6%. Com esses dados percebemos certa uniformidade entre a percepção dos gerentes com os profissionais pesquisados.

Na continuidade da análise, verificamos agora a relevância atribuída por esses profissionais da ESF ao tipo de capacitação necessária para o desempenho das suas atividades com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas pela gestão da ESF.

Na tabela 9 temos a distribuição da percepção dos profissionais às capacitações necessárias para uma boa gestão da UBS. Através dela verifica-se que as mais necessárias capacitações são: relações interpessoais, planejamento em saúde e modelos de atenção à saúde (ambos com 99,1%). Ainda, os menos citados, porem com percentual acima de 94% são: gestão de resultados, liderança em saúde e gestão pública.

**Tabela 9 - Distribuição da percepção dos profissionais às capacitações necessárias para uma boa gestão da UBS**

<b>Fatores avaliados</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1.Políticas Públicas de saúde	82(73,2%)	28(25,0%)	1(0,9%)	1(0,9%)
2.Gestão de pessoas	72(64,9%)	34(30,6%)	5(4,5%)	0(0,0%)
3.Gestão pública	73(65,2%)	33(29,4%)	5(4,5%)	1(0,9%)
4.Relações interpessoais	79(70,5%)	32(28,6%)	1(0,9%)	0(0,0%)
5.Liderança em saúde	55(49,6%)	50(45,0%)	5(4,5%)	1(0,9%)
6.Capacitação em saúde da Família	80(71,4%)	27(24,1%)	4(3,6%)	1(0,9%)
7.Planejamento em Saúde	75(67,0%)	36(32,1%)	1(0,9%)	0(0,0%)
8.Sistema de informações	57(51,9%)	48(43,6%)	3(2,7%)	2(1,8%)
9.Modelos de Atenção à saúde	67(60,4%)	43(38,7%)	1(0,9%)	0(0,0%)
10.Gestão de resultados	60(53,5%)	46(41,1%)	5(4,5%)	1(0,9%)

Fonte: Elaborado pela autora

A partir dos dados coletados verificamos que todos os itens apresentados para que os pesquisados pudessem opinar sobre sua relevância tiveram um alto índice de aceitação, onde todas as propostas de capacitação obtiveram resultados superiores a 94% como mostra a figura 16.

Esses resultados foram muito próximos dos que verificamos na percepção dos gerentes que apresentamos no item 2 deste capítulo e representados na figura 9. Isso demonstra em certa medida que há uma cultura organizacional estabelecida dentro do modelo de gestão proposto e praticado, onde certos valores já são almejados como referencial de boa gestão e que para isso determinadas competências precisam ser trabalhadas a partir do processo contínuo de capacitação dos profissionais envolvidos diretamente no processo de gestão.

Vejamos esses resultados apresentados graficamente através da figura 16 a seguir:

**Figura 16 - Prevalência da concordância total/concordância dos profissionais acerca das capacitações necessárias para uma boa gestão da UBS.**



Fonte: Elaborado pela autora



Por fim, analisamos a percepção dos profissionais avaliados acerca da maneira que a atual gestão tem impactado nos serviços realizados pelas Unidades Básicas de Saúde do ESF da cidade de Maceió/AL. Essa percepção nos mostra de forma mais clara como esses profissionais fazem uma auto avaliação do desempenho de suas equipes e como a gestão influencia nesse desempenho.

Na tabela 10 temos a distribuição da percepção dos profissionais avaliados acerca da maneira que a atual gestão tem impactado nos serviços realizados pela UBS. Através dela verifica-se que as percepções mais citadas pelos profissionais foram: pode melhorar (93,7%), contribui positivamente (73,4%) e é relevante (70,3%). Ainda, as percepções menos citadas foram: não possui relação (21,5%), contribui negativamente (28,4%) e pouca influência (33,6%).

**Tabela 10 - Distribuição da percepção dos profissionais avaliados acerca da maneira que a atual gestão tem impactado nos serviços realizados pela UBS.**

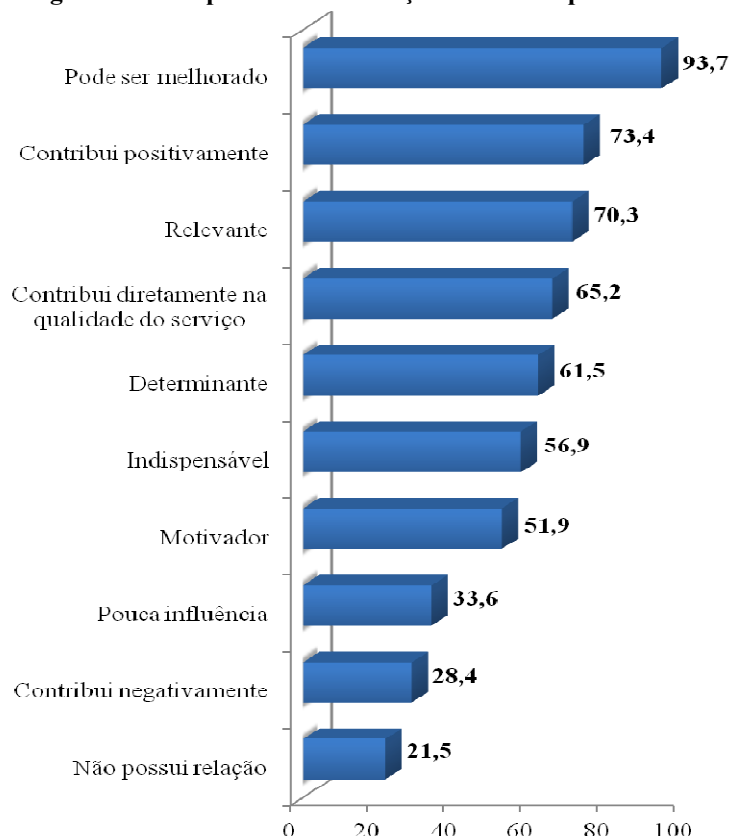
<b>Percepção avaliada</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1.Relevante	23(20,7%)	55(49,6%)	31(27,9%)	2(1,8%)
2.Indispensável	17(15,6%)	45(41,3%)	39(35,8%)	8(7,3%)
3.Pouca influência	6(5,6%)	30(28,0%)	55(51,4%)	16(15,0%)
4. Motivador	18(16,7%)	38(35,2%)	43(39,8%)	9(8,3%)
5.Determinante	16(14,7%)	51(46,8%)	35(32,1%)	7(6,4%)
6.Contribui diretamente na qualidade do serviço	22(20,2%)	49(45,0%)	30(27,5%)	8(7,3%)
7.Não possui relação	3(2,8%)	20(18,7%)	58(54,2%)	26(24,3%)
8.Pode ser melhorado	50(45,5%)	53(48,2%)	5(4,5%)	2(1,8%)
9.Contribui positivamente	21(19,3%)	59(54,1%)	22(20,2%)	7(6,4%)
10.Contribui negativamente	8(7,3%)	23(21,1%)	51(46,8%)	27(24,8%)

Fonte: Elaborado pela autora

Entre os profissionais das equipes da ESF verificamos que por mais positivos que os resultados das Unidades Básicas de Saúde se apresentem, mais o processo deve estar pautado num processo de melhoria contínua de seus processos, produtos e serviços. Para 93,7% desses profissionais que foram pesquisados a gestão pode ser melhorada. Mesmo reconhecendo que ela contribui positivamente para os resultados (73,4%) e que para 70,3% considere relevante.

Para 33,6% dos pesquisados o atual modelo de gestão tem produzido pouco impacto nos resultados obtidos pelas UBS e para 28,4% contribui negativamente, seguindo de 21,5% que disseram que não há nenhuma relação entre os resultados das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Maceió/AL com a política de gestão que é aplicada na Estratégia Saúde da Família. Vejamos esses dados representados graficamente na figura 17 a seguir.

**Figura 17 - Prevalência da concordância total/concordância dos profissionais acerca da maneira que a atual gestão tem impactado nos serviços realizados pela UBS à comunidade.**



Fonte: Elaborado pela autora

Ao compararmos a percepção dos profissionais das equipes do ESF em relação aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde observamos que há uma ligeira variação da percepção da relevância do modelo de gestão para os resultados obtidos pelas UBS não deixando de ser percebido a importância do modelo de gerenciamento adotado pelas gerências nas Unidades Básicas de Saúde de Maceió/AL.

Com isso finalizamos a análise dos dados colhidos no campo de investigação onde percebemos algumas variações com pouca acentuação quando comparamos os resultados obtidos pelo questionário aplicado aos gerentes e profissionais. Fica demonstrado que o modelo de gestão adotado nas Unidades Básicas de Saúde com a utilização das ferramentas de

gerenciamento aplicadas nesse modelo influenciam de alguma forma os resultados nos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família, sendo essa constatação verificada tanto do ponto de vista dos gerentes como dos profissionais das equipes que trabalham nas UBS.

## **CONCLUSÕES**

---

A investigação científica é um empreendimento sempre inacabado que nos leva a demonstrar resultados que estão circunscritos a determinados recortes teórico-metodológicos que definimos na realização da pesquisa, como também de aspectos ligados a questões espaço-temporal. Tomando como ponto de partida esse reconhecimento realizamos esse estudo que teve como questão prioritária compreender de que maneira ocorre a gestão do programa Estratégia Saúde da Família na cidade de Maceió/AL. Essa questão foi desenvolvida a partir dos objetivos propostos que foi compreender de que maneira os gerentes administrativos e médicos atuam junto à equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, no atendimento das necessidades de saúde da população da área de abrangência.

Inicialmente identificamos o perfil dos gerentes da ESF onde detectamos dois aspectos importantes. O primeiro deles relacionado a formação dos gerentes em que todos possuíam formação superior e apenas alguns deles fizeram pós-graduação em nível de especialização e/ou mestrado.

Aliado a questão da formação, outro aspecto ficou bastante definido na pesquisa que foi a relacionada ao tempo de atividade na função desenvolvida pelos gestores. O tempo no exercício de uma determinada função se configura como um dos elementos ligados a experiência no trabalho o que remete a um fator de distinção no exercício de uma determinada tarefa. No caso do exercício da função gerencial, essa característica é bastante estimada no mundo do trabalho se tornando um fator decisivo para o exercício da atividade de gestão. No nosso estudo foi verificado que a maioria dos coordenadores possui pouca experiência na função de gestão administrativa de ESF uma vez que a grande parte destes possui menos de 2 anos de atividade no cargo de gestão em saúde.

Outro aspecto importante da análise foi identificar os fatores que influenciam no gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde. Sobre esse aspecto a maioria dos gerentes consideraram muito importante tais fatores para o desempenho da gestão das Unidades Básicas de Saúde, sendo alguns deles de importância máxima por unanimidade de todos os investigados: políticas públicas de saúde, gestão pública, relações interpessoais, capacitação em saúde da família, modelos de atenção a saúde.

Todos esses aspectos verificados na pesquisa entre os gerentes estão ligados diretamente a uma visão gerencial tecnicista centrada no método e numa forte ênfase na gestão (pública, resultados, pessoas, etc.). Essa realidade demonstra o nível de qualificação dos gerentes que foi discutido no trabalho.

Um terceiro aspecto analisado no trabalho foi a percepção dos profissionais das equipes do ESF em relação a influência da gestão nos resultados do programa. Os dados nos mostraram a relevância das ferramentas de gestão dentro das UBS e como elas influenciam nos resultados da ESF. Essa é uma questão importante de ser ressaltada, pois há uma tendência a se pensar que o serviço público é ineficiente e por isso os seus resultados não são alcançados, caracterizando um cenário de recursos humanos e materiais na “coisa” pública, que a partir da experiência da gestão nas UBS da Estratégia Saúde da Família da cidade de Maceió/AL, percebemos que há experiências exitosas.

Uma questão relevante é sobre o ponto de vista desses profissionais em relação ao tipo de gestão que tem sido praticada nas UBS. Destacamos que para os profissionais que são afetados pelo modelo de gestão empregado nas UBS eles têm uma perspectiva que a prática gerencial é mais centrada nas pessoas do que nos processos. Chegamos a essa constatação quando verificamos que para a maioria pesquisados a gestão possui uma característica humanitária e uma parcela menor destes profissionais indicam que percebem a gestão como tendo foco nos resultados, ou seja, nos processos.

Outra questão que podemos identificar é a importância que tanto os gerentes como os profissionais das equipes da ESF atribuem a estrutura organizacional em que as UBS estão dispostas. Essa percepção pode ser verificada pelo fato que o item organograma foi o segundo mais relevante para os profissionais e da mesma forma para os gerentes. Diante dessa constatação podemos verificar que para os sujeitos pesquisados neste estudo os papéis de cada profissional precisam está bem definidos e cada um deve ter a consciência de suas funções dentro do processo de gestão das UBS.

Ainda os gerentes e profissionais das equipes do ESF apresentaram em comum a opinião de que por mais positivos que os resultados das Unidades Básicas de Saúde se apresentem, eles devem estar pautados numa melhora contínua de seus processos, produtos e serviços. Para a maioria dos profissionais que foram pesquisados a gestão pode ser melhorada. Mesmo reconhecendo que ela contribui positivamente para os resultados e que seja bastante relevante.

No tocante as limitações da investigação, é necessário registrar que o momento em que a mesma foi desenvolvida, a cidade de Maceió/AL estava passando por um momento de grandes turbulências e incertezas políticas, o que gerou a negativa de participar de alguns sujeitos indicados para pesquisa temendo algum tipo de represálias por parte de seus superiores. A partir desse cenário, é possível também verificarmos que algumas das respostas registradas sofreram influência desse contexto.

Em linhas gerais a Estratégia Saúde da Família desenvolvida na cidade de Maceió/AL através das Unidades Básicas de Saúde apresentam resultados satisfatórios quando avaliados do ponto de vista da sua gestão. Esses resultados puderam ser percebidos nesse estudo que realizamos com os gestores e profissionais das equipes multidisciplinares do ESF.

Como em toda investigação científica temos a consciência de que não esgotamos as possibilidades de análise do tema proposto, mas levando em consideração os limites e alcances deste estudo, compreendemos ter atingido os objetivos aqui propostos que foi identificar as competências e perfil dos gerentes administrativos e médicos em Unidades Básicas de Saúde na ESF da cidade de Maceió/AL.

Embora a temática que envolva a questão da gerência e gestão dos serviços de saúde seja ampla, acreditamos que nosso estudo deixa alguns pontos importantes para a reflexão e realização de estudos futuros, tais como:

- Aprimoramento das competências gerenciais dos gerentes administrativos e médicos, trabalhando as ferramentas apresentadas na pesquisa, através de capacitações contínuas, melhorando o perfil para que se tenha melhores resultados dos objetivos propostos pela ESF, acenando para o fato de que grande parte destes gerentes possuem cargo comissionado para a função;
- Instituição de um organograma radial onde a hierarquia não é o mais destacado e sim a importância do trabalho em grupo para a implementação das ações de saúde, através de um processo participativo no qual os sujeitos descobrem-se como co-responsáveis.

A partir dessa constatação poderíamos inferir as seguintes questões: os gerentes estão preparados no que diz respeito a sua formação para gerenciarem os programas da ESF?. Essa formação identificada na investigação lhes proporcionou competências gerenciais ou somente foram desenvolvidos aspectos técnicos ligados as suas respectivas áreas de formação na área da saúde?. Essas são questões importante para serem levadas em consideração, pois de forma

muito evidente compreendemos que aspectos gerenciais precisam ser mais bem desenvolvidos na formação daqueles profissionais que realizam atividades de gestão.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Alday, H.E. (2000). O planejamento estratégico dentro do conceito de administração estratégica. *Rev. FAE*. 3 (2): 9-16.
- Almeida Filho, N. de. & Andrade, R. F. S. (2003). Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, 9 (16): 39-52.
- Alves, V.S (2004). *Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia,.
- Ayres, J. R. C. M. (2007). Risco, razão tecnológica e o mistério da saúde. *Interface*, 11(21): 154-158.
- Backes, M. T. S., Rosa, L. M., Fernandes, G. C. M., Becker, S. G., Meirelles, B. H. S., Santos, S.L. M. A. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. enferm. UERJ*, 17 (1): 111-7.
- Barbosa, E.R., & Brondani, G. (2005). Planejamento Estratégico Organizacional. *Revista Eletrônica de Contabilidade*, 1 (2).
- Barnard, C. I. (1979). *As funções do executivo*. São Paulo: Atlas.
- Barros, A. J. P., & Lehfeld, N. A. S. (1999). *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. (9ª ed.) Petrópolis: Vozes.

- Bass, B. M. (1990). *Bass & Stogdill's handbook of leadership: theory, research, and managerial applications* (3. ed). New York: Free Press.
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A. F., & Corbo, A. M. A. (Org). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Bennis, W., & Nanus, B. (1998). *Líderes*. São Paulo: Harbra.
- Bertero, C. O. (1996). Cultura organizacional e instrumentalização do poder. In: Fleury, M. T. L., & Fischer, R. M. *Cultura e poder nas organizações*. (2ª. Ed). São Paulo: Atlas.
- Blake, R.R., & Mouton, J.S. (1978). *O Grid Gerencial*. São Paulo: Pioneira.
- Boutinet, Jean-Pierre. (2002). *Antropologia do projeto*. (5ª ed.) Porto Alegre (RS): Artmed.
- Bryman, A (2004a). Liderança nas organizações. In: Clegg, S. R. *et al.* (Org.). *Handbook de estudos organizacionais*. (vol. 3). São Paulo: Atlas.
- Bryman, A. (2004b). *Qualitative research on leadership: a critical but appreciative review*. The leadership quarterly. Loughborough: Elsevier.
- Bryman, A. (1992). *Charisma & leadership in organization*. London: Sage.
- Burns, J. M. (1979). *Leadership*. New York: Pernial.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Capoli, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e saúde*, 4 (2): 287-307.
- Carvalho, S. R. (2005). *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, S. R. (2002). *Saúde coletiva e promoção à saúde; uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.
- Coelho, D. M., & Fonseca, T. M. G. (2008). As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. *Psicologia & Sociedade*, 19 (2): 65-69.



- Crainer, S. (2000). *Grandes pensadores da administração: idéias que revolucionaram o mundo dos negócios*. São Paulo: Futura.
- Cruz, L.M.B., & Loureiro, R.P. (2008). A comunicação na abordagem preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências históricoculturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.*, 17 (2): 120-131.
- Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dowbor, T. P. (2008). *O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa saúde da família do município de São Paulo*. Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Falcão, J. T. da R., & Régner, J. (2000). Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 81(198): 229-243.
- Ferreira Neto, J.L., Kind, L., Barros, J.S., Azevedo, N.S., & Abrantes, T.M. (2009). Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saude soc*, 18(3): 456-466.
- Fiedler, F. E., & Chemers, M. M. (1981). *Liderança e administração eficaz*. Trad. Jamir Martins. São Paulo: Pioneira.
- Gardner, J. W. (1990). *Liderança: sucesso e influência a caminho da modernidade*. Trad. Eduardo Francisco Alves. Rio de Janeiro: Record.
- Gatti, B. A. (2004). *Estudos quantitativos em educação. Educação e Pesquisa*. 30 (1): 11-30.
- Giovanella, L. (1991). As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, 7 (1):26-44.
- Gonçalves, Elisa P. (2001). *Iniciação à pesquisa científica*. (2ª ed.) Campinas-SP: Alínea.
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M.C.P., Boehs, A.E., Wosny, A.M., & Monticelli, M. (2006) Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - enferm.*, 15(2): 352-8.
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1986). *Psicologia para administradores*. São Paulo: EPU.
- Horta, N.C., Sena, R.R., Silva, M.E.O., Oliveira, S.R., & Rezende, V.A (2009). A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev. bras. enferm*, 62(4): 524 – 9.

- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1991). *Fundamentos de metodologia científica*. (3ª.ed). São Paulo: Atlas.
- Lapierre, L. (1995). *Imaginário e Liderança*. São Paulo: Atlas.
- Lawrence, P.R., & Lorsch, J.W. (1973). *As Empresas e o Ambiente*. Petrópolis: Vozes.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2007). *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.
- Likert, R. (1975). *A organização humana*. São Paulo: Atlas.
- Lima, F.P.A. (2005). Norma e Atividade Humana: modelos dinâmicos da prescrição e historicidade das situações de trabalho. In: *Trabalho e abordagem pluridisciplinar: estudos Brasil, França, Argentina*. DIEESE/CESIT (orgs). São Paulo (DIEESE) e Campinas (CESIT).
- Lorino, P. (1992). *O economista e o administrador: elementos de microeconomia para uma nova gestão*. São Paulo: Editora Nobel.
- Lukács, G. (1989). *História e consciência de classe*. Porto: Elfos Editora.
- Lüdke, M., & André, M. E.D. A. (1986). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Matus, C. (1989). Fundamentos da Planificação Situacional. In: Rivera, F.J.U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez; Abrasco.
- Maximiano, A. C. A. (2000). *Teoria geral da Administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada*. São Paulo: Atlas.
- Mendonça, F.M. (2010). *Do Planejamento à Ação: teoria e realidade da atividade gerencial nos serviços de Atenção Primária à Saúde – o caso de Ribeirão das Neves*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção. 2010.
- Minayo, M.C.S. (org). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (19. ed.) Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde [MS]. (2006). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. (Aprovada pela Portaria nº 687 de 30 de março de 2006).
- Ministério da Saúde [MS]. (2003). *Núcleo Técnico da Política Brasília*: Ministério da Saúde, 2003.

- Ministério da Saúde [MS]. (2002). *Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde [MS]. (1986). *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Mintzberg, H., Carpigiani, M. A., & Rodrigues, A. (2004). *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman.
- Ohara, M. Y., & Silva, M. T. (2009). *A Informação como Elemento Facilitador nos Serviços de Saúde Pública: Um Estudo de Caso - Escola Politécnica - USP DEPTO. ENGA. PRODUÇÃO*.
- Pedrosa, I. I. (2003). *É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social*. Retirado: Outubro, 20, 2005, de <http://www.gices-sc.org>.
- Peters, T. J., & Waterman JR, R. H. (1986). *Vencendo a crise: como o bom senso empresarial pode superá-la*. São Paulo: Harbra.
- Quinn, J.B. (2006). Estratégias. In: Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J.B., Ghoshal, S. *O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*. Porto Alegre: Bookman.
- Ramos, Laís Helena. (2009). *Gestão de Serviços de Saúde*. UNA-SUS. São Paulo: UNIFESP.
- Reis, D. C. (2006). Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli, M.F., Reis, D.C., & Marques, R. C. (Org.). *Educação em saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Richardson, R. J. et al. (1985, 1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rivera, F.J.U. (1989). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez/Abrasco.
- Rivera, F.J.U. (1987) Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico de planificação. *Cad. Saúde Pública*, 4 (3): 444 – 462.
- Robbins, S. P. (2002). *Comportamento organizacional*. (9ª ed.). São Paulo: Prentice Hall.
- Santos, R.C.L. (2004). *Gestão Integrada ou Controle Integrado? Avaliação da Implementação de um Sistema Integrado de Gestão Baseado no Balanced Scorecard-BSC*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de

Produção da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção.

- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1): 29-41.
- Schein, E. H. (1991). *Organizational culture and leadership: a dynamic view*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Selznick, P. (1971). *A liderança na administração: uma interpretação sociológica*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Senge, P. M. (1998). *La quinta disciplina: el arte y práctica de la organización abierta al aprendizaje*. (2<sup>nd</sup> ed). Barcelona: Granica.
- Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 7 (12): 101-22.
- Silva, K. L. (2009) . *Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Tannenbaum, R., & Schmidt, W. H. (1986). Como escolher um padrão de liderança. *Coleção Harvard de administração*, (vol. 5). São Paulo: Abril.
- Testa, M. (1992). *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Traverso-Yeppez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface*, 11(22).
- Valla, V. V. (2001). As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle da dengue. *Cad. Saúde Pública*, 5 (17): 77-88.
- Vasconcelos, E. M. (1998). Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (2): 39-57.
- Vasconcelos, E. M. (1996). A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde em Debate*, (n. 49-50).
- Vicentin, A. P. M. (2008). *Conhecendo para intervir, em direção ao empoderamento pela atividade física no Complexo São Marcos*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Estadual de Campinas.

- Vilela, L.V.O., & Assunção, A.A. (2004). Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4): 1069-1078.
- Villa, E. (2006). Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional In: Gazzinelli, M. F., Reis, D. C., & Marques, R. C. (Org.). *Educação em Saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG.
- Vries, M. F. R. K. (1997). *Liderança na empresa: como o comportamento dos líderes afeta a cultura interna*. São Paulo: Atlas.
- Weber, M. (1994). *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa*, (3ª ed.). Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília.
- Westphal, M. F. (2006). Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, G. W. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz.
- WHO – World Health Organization. (1946). *Constitution*. (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States – Official Records of the World Health Organization, n.2, p. 100 – and entered into force on 7 April 1948).
- Wood JR., T. (2000). Organizações de simbolismo intensivo. *Revista de administração de empresas*, 40(1).
- Yukl, G. (2006). *Leadership in organizations* (6; ed). Upper Saddle River: Pearson-Prentice Hall.
- Yukl, G. (1989). Managerial leadership: a review of theory and research. *Journal of management*, 15(2), 251-289.



## APÊNDICES

---



## APÊNDICE I

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “STRICTO SENSU” EM GESTÃO DE EMPRESAS

#### TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_, declaro que vou participar por livre e espontânea vontade, da pesquisa intitulada **“As competências e perfil dos gestores médicos e administrativos em unidades básicas de saúde da família no município de Maceió/AL”**. Esta pesquisa será realizada pela mestrandia Maria Emília Cardoso Dantas sob a orientação do Professor Doutor António Augusto da Costa, para a Dissertação do Mestrado em Gestão de Empresas com concentração em Gestão de Unidades de Saúde pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – UHLT / Portugal.

Informo que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada livre de qualquer tipo de constrangimento ou coerção, de que a pesquisa acima declarada tem por objetivo Analisar o perfil das praticas gerenciais dos responsáveis pelas unidades básicas de saúde no município de Maceió/AL.

Tenho assegurado o direito de receber respostas para todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa; assim como o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem que isto me cause prejuízos ou danos. Autorizo a divulgação dos dados coletados sem a exposição da minha identidade, mantendo minha privacidade em qualquer tipo de divulgação, oral ou por escrito, nos resultados da pesquisa.

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.





## APÊNDICE II

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “STRICTO SENSU” EM GESTÃO DE EMPRESAS

#### QUESTIONÁRIO I

Ao Gerente Administrativo e Médico da Unidade Básica de Saúde (UBS):

Estamos nos dirigindo a você a fim de solicitar sua colaboração para uma pesquisa que estamos desenvolvendo com o temário: **“As competências e perfil dos gerentes administrativos e médicos em Unidades Básicas de Saúde da família no município de Maceió/AL”**. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Maria Emília Cardoso Dantas, sob a orientação do Professor Doutor António Augusto da Costa, como base para minha pesquisa de Mestrado em Gestão de Empresas com concentração em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT / Portugal.

Nosso objetivo é analisar o perfil das práticas gerenciais dos responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde no município de Maceió/AL.

Não se trata de um teste de avaliação, portanto não existem respostas certas ou erradas. O importante é que você responda todas as questões com sinceridade.

As suas respostas serão utilizadas apenas para investigação científica, portanto, todas as informações fornecidas serão mantidas no anonimato.

**POR FAVOR, AO TERMINAR VERIFIQUE SE NÃO ESQUECEU DE RESPONDER NENHUMA PERGUNTA.**

**A sua colaboração é de máxima importância para o prosseguimento do nosso estudo.  
Desde já agradecemos as sua disponibilidade!**

**Unidade Básica de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Distrito sanitário da UBS:** \_\_\_\_\_

**Grau de instrução:** \_\_\_\_\_

**Profissão/função:** \_\_\_\_\_

**Forma de ingresso:** Concurso ( ) Indicação para o cargo ( )

**Tempo de serviço na função:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino ( ) Feminino ( ) Idade: \_\_\_\_

**Participou de capacitação previa para o desempenho da função:** Sim ( ) Não ( )

Esse questionário não tem respostas certas ou erradas. É sobre o que você pensa e sente e é absolutamente subjetivo. Por isso responda de acordo com o que você realmente **PENSA E SENTE**, sem se importar com que os outros possam pensar ou sentir.

Assinale o quadrado que corresponda melhor à questão:

1. Foi promovida pela gestão municipal atividade de integração com a equipe da unidade?  
Sim ( ) Não ( )
2. Participa/participou de algum curso de gestão para o desempenho da atual função?  
Sim ( ) Não ( )
3. Para o desempenho da gerencia na USB , o que você considera importante?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Políticas públicas de Saúde				
2. Gestão de pessoas				
3. Gestão pública				
4. Relações Interpessoais				
5. Liderança em Saúde				
6. Capacitação em Saúde da Família				
7. Planejamento em Saúde				
8. Sistemas de Informações				
9. Modelos de Atenção à Saúde				
10. Gestão de resultados				

4. Em sua opinião, de que maneira a gestão municipal influencia na atuação das gerências nas UBS?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Relevante				
2. Indispensável				
3. Pouca influência				
4. Motivador				
5. Determinante				
6. Contribui diretamente na qualidade do serviço				
7. Não possui relação				
8. Pode ser melhorado				
9. Contribui positivamente				

10. Contribuí negativamente				
-----------------------------	--	--	--	--

5. Em sua opinião, quais as ferramentas necessárias para uma boa gestão da UBS em que você atua?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Planejamento Estratégico				
2. Plano de Metas				
3. Organograma				
4. Fluxograma de processos				
5. Manuais de Instruções				
6. Avaliação de Desempenho				
7. Relatórios de resultados				
8. Reuniões de avaliação				
9. Quadro de Gestão á Vista				
10. Definição de Indicadores				

Obrigado por sua participação!



### APÊNDICE III

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “STRICTO SENSU” EM GESTÃO DE EMPRESAS

### QUESTIONÁRIO II

À Equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde-UBS:

Estamos nos dirigindo a você a fim de solicitar sua colaboração para uma pesquisa que estamos desenvolvendo com o temário: **“As competências e perfil dos gestores médicos e administrativos em Unidades Básicas de Saúde da família no município de Maceió/AL”**. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Maria Emília Cardoso Dantas, sob a orientação do Professor Doutor Antônio Augusto da Costa, como base para minha pesquisa de Mestrado em Gestão de Empresas com concentração em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT / Portugal.

Nosso objetivo é analisar o perfil das práticas gerenciais dos responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde no município de Maceió/AL.

Não se trata de um teste de avaliação, portanto não existem respostas certas ou erradas. O importante é que você responda todas as questões com sinceridade.

As suas respostas serão utilizadas apenas para investigação científica, portanto, todas as informações fornecidas serão mantidas no anonimato.

**POR FAVOR, AO TERMINAR VERIFIQUE SE NÃO ESQUECEU DE RESPONDER NENHUMA PERGUNTA.**

**A sua colaboração é de máxima importância para o prosseguimento do nosso estudo.  
Desde já agradecemos a sua disponibilidade!**

**Unidade Básica de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Tempo de serviço na função:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1ª Parte**

Esse questionário não tem respostas certas ou erradas. É sobre o que você pensa e sente e é absolutamente subjetivo. Por isso responda de acordo com o que você realmente **PENSA E SENTE**, sem se importar com que os outros possam pensar ou sentir.

Assinale o quadrado que corresponda melhor à questão:

1- Como você avalia o perfil de gestão empregada na UBS?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Participativo				
2. Focado em resultados				
3. Autoritário				
4. Aberto a sugestões				
5. Democrático				
6. Humanitário				
7. Liberal				
8. Sem unidade de direção				
9. Despreparado				
10. Deficitário				

2- Em sua opinião, quais as ferramentas necessárias para uma boa gestão da UBS?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Planejamento Estratégico				
2. Plano de Metas				
3. Organograma				
4. Fluxograma de processos				
5. Manuais de Instruções				
6. Avaliação de Desempenho				
7. Relatórios de resultados				
8. Reuniões de avaliação				
9. Quadro de Gestão á Vista				
10. Definição de Indicadores				

3- Qual a capacitação necessária para um boa gestão da UBS?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Políticas públicas de Saúde				
2. Gestão de pessoas				
3. Gestão pública				
4. Relações Interpessoais				
5. Liderança em Saúde				
6. Capacitação em Saúde da Família				
7. Planejamento em Saúde				

8. Sistemas de Informações				
9. Modelos de Atenção à Saúde				
10. Gestão de resultados				

4- Em sua opinião, qual o impacto da gestão nos serviços realizados pela UBS à comunidade?

	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo totalmente</b>
1. Relevante				
2. Indispensável				
3. Pouca influência				
4. Motivador				
5. Determinante				
6. Contribui diretamente na qualidade do serviço				
7. Não possui relação				
8. Pode ser melhorado				
9. Contribui positivamente				
10. Contribui negativamente				

Obrigado por sua participação!





## APÊNDICE IV

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “STRICTO SENSU” EM GESTÃO DE EMPRESAS

#### CARTA DE ANUÊNCIA

Recife, 15 de Maio de 2014.

Ao 8º Distrito Sanitário de Maceió/AL

Assunto: Solicitação de Autorização

Solicitamos autorização para que a mestranda Maria Emília Cardoso Dantas, do curso de Mestrado em Gestão de Empresas com concentração em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, sob a orientação do Professor Doutor António Augusto da Costa, desenvolva uma pesquisa para a construção da Dissertação de Mestrado intitulada “**As competências e perfil dos gestores médicos e administrativos em unidades básica de saúde da família no município de Maceió/AL**”, com o objetivo de analisar o perfil das praticas gerenciais dos responsáveis pelas unidades básicas de saúde no município de Maceió/AL.

Atenciosamente,

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT de Portugal

---

Mestranda Maria Emília Cardoso Dantas

---

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO

De acordo com a Carta de Anuência acima autorizamos o feito solicitado a partir de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

---

Diretoria do 8º Distrito Sanitário de Maceió/AL